

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

407

N°

THÈSE

Année 1905

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Juin 1905

Par M. A.-L. LONGIN

NÉ A MONTAGNEY (Haute-Saône), LE 23 AOÛT 1877

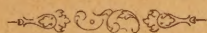
LES HYBRIDES

DE

SYPHILIS ET DE LUPUS

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

Juges : { M. JOFFROY, Professeur.
M. RAYMOND, Professeur.
M. JEANSELME, Professeur agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1905

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BROCCQ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROCA-PASCAL

*En témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon
respectueux dévouement*

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, je manquerais à un devoir qu'il m'est doux de remplir, en ne remerciant pas ceux de mes Maîtres qui ont bien voulu s'intéresser particulièrement à moi.

Je tiens, en première ligne, à adresser un souvenir ému à la mémoire vénérée du grand homme de bien et du grand clinicien que fut le docteur H. Rendu. Je n'entreprendrai pas de refaire ici un éloge qui est encore dans toutes les bouches et que des voix plus autorisées que la mienne ont su tracer d'une manière moins indigne de lui que je ne pourrais le faire. Il m'a accueilli dès le début de mes études et, depuis lors, il m'a témoigné un intérêt qui ne s'est pas démenti; j'ai eu l'honneur d'être à deux reprises son externe; tout ce que je sais en médecine d'adulte il me l'a appris.

M. le docteur Méry m'a initié à la médecine des enfants; il a été pour moi le meilleur des Maîtres; ma reconnaissance sera toujours au-dessous des services qu'il m'a rendus. Je suis heureux de lui exprimer ici ma profonde gratitude.

Pendant trois ans, j'ai été, en qualité d'externe, l'élève de M. le docteur Brocq; à différentes reprises, j'ai eu l'honneur de remplir dans son service les fonctions d'in-

terne ; je ne saurais assez le remercier de l'initiative qu'il a bien voulu me laisser et de la sympathie qu'il m'a témoignée : il m'a inspiré le sujet de cette étude, m'a dirigé de ses conseils, et, s'il est quelque chose de bien dans les pages qui vont suivre, il peut légitimement le considérer comme sien.

Au cours de mes études, j'ai trouvé en M. le docteur Jean Hallé et en M. le docteur E. Lenglet des maîtres et des amis.

Ils savent combien je leur en suis profondément reconnaissant.

M. le professeur Dieulafoy m'a fait l'honneur d'approuver le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence.

Je le prie de vouloir bien agréer l'expression de mes respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Au mois de juin 1902, j'ai eu l'occasion de suivre, dans le service de mon Maître M. le docteur Brocq, une malade dont l'étude a été le point de départ de ce travail. Pour résumer cette observation qu'on lira plus loin en détail, il s'agissait d'une femme qui s'adressait à la consultation de l'hôpital Broca avec une lésion de la langue et une lésion de la joue. Celle-ci était ancienne, remontait à l'enfance; l'autre, récente, datait de quelques mois et, en même temps qu'elle se développait, celle de la joue, jusque là torpide, prenait une extension marquée. Depuis longtemps cette dernière avait été considérée comme un lupus, et, de fait, elle semblait bien présenter les nodules et l'infiltrat caractéristiques de cette affection. La lésion de la langue éveillait l'idée de la syphilis sans l'imposer d'une manière absolue; mais, comme à cette époque on ne retrouvait aucun antécédent de contagion, on émit l'hypothèse d'un lupus de la langue coïncidant avec un lupus de la joue. Pour écarter toute incertitude, la malade fut soumise au traitement mercuriel. Quelques injections eurent vite raison de la glossite; mais, en même temps que la langue reprenait son apparence normale, la lésion

de la joue s'améliorait d'une manière sensible, diminuant d'étendue et d'infiltration, et même un certain nombre de tubercules qui la constituaient entraient en régression.

Au cours du traitement, la malade se décida à nous fournir de plus amples renseignements sur son passé : elle avait été soignée pour roséole syphilitique diagnostiquée par M. Brocq, quelques années auparavant, à l'hôpital de la Rochefoucauld ; au reste, elle n'avait suivi le traitement que pendant deux mois.

Il était donc légitime d'interpréter ces faits de la manière suivante : de penser que le placard de la joue était constitué, au moment où la malade vint consulter, par un infiltrat qui ressortissait à la fois au lupus et à la syphilis, et de considérer que la médication mercurielle, en même temps qu'elle avait guéri la langue, avait dépouillé le lupus de la joue de l'élément syphilitique qui s'y était surajouté : l'amélioration ainsi produite fut si considérable que la malade partit refusant de se soumettre au traitement propre du lupus. Il s'agissait, en effet, d'un lupus plan, d'allure extrêmement torpide, lequel n'avait constitué une véritable disgrâce physique que depuis l'extension récente qu'il avait prise et qui paraissait imputable à l'adjonction de l'élément syphilis.

Intéressé par ce fait et par l'explication dont il était susceptible, j'ai, sur les conseils de M. le docteur Brocq, cherché à dépister des cas analogues à la consultation de l'hôpital Broca. Ce travail n'a pas été sans résultat et, au cours des trois années que j'ai eu l'honneur de passer comme externedans le service de M. le docteur Brocq, j'ai été assez heureux pour relever plusieurs cas que l'étude des malades autorisait à considérer comme des faits d'hybridité lupo-syphilitique.

Rappeler ce qui a été dit de cette association morbide,

rapporter les faits que j'ai pu personnellement étudier et les joindre à ceux existant déjà, ce sera l'objet de la première partie de ce travail.

Ensuite, je m'efforcerai de passer du domaine des probabilités cliniques à celui des certitudes établies et de montrer que ces faits sont réellement constitués par la réunion du lupus et de la syphilis dans un même infiltrat. A cet effet, faute d'un diagnostic bactériologique, que l'on peut espérer prochain, mais qui nous échappe encore dans les lésions tertiaires, faute de pouvoir demander à l'histologie la preuve de cette association, ce sera, en définitive, au traitement spécifique qu'il faudra s'adresser pour faire la part de ce qui revient à l'une et à l'autre maladie. Mais ce critérium demande à être établi sur de nouvelles bases, car il est battu en brèche par les travaux récents qui tendent à étendre le domaine des applications thérapeutiques du mercure à des affections dermatologiques non syphilitiques, au lupus en particulier. C'est pourquoi, après avoir exposé les cas de lésions tuberculeuses (au sens dermatologique du mot) où la méthode employée nous a permis d'attribuer à la syphilis la partie de l'infiltrat influencée par le mercure, au lupus celle qu'il ne modifie pas, il faudra démontrer que cette action, incomplète dans les circonstances où elle a été observée, et avec les caractères qui lui seront assignés, ne peut faire penser ni à un lupus simple amélioré par le mercure, ni à une syphilide tuberculeuse où la médication mercurielle n'aurait pas donné toute son action.

Peut-être me sera-t-il permis d'espérer que ce travail n'aura pas été vain et que la réalité des cas dont je crois pouvoir affirmer la nature mixte sera mise au-dessus de toute discussion.

Dès lors, ces faits, joints à ceux déjà connus, constitueront un point d'appui solide pour l'étude d'une forme clinique qui semble être mieux qu'une curiosité médicale, mieux qu'une exception dermatologique, et dont la fréquence est peut-être plus grande que ne l'indique le peu de place qu'elle tient dans les traités de dermatologie.

CHAPITRE II

Historique

Depuis longtemps les relations de la syphilis et de la scrofule ont attiré l'attention des médecins, et cette question constitue un des chapitres de la pathologie qui semblent avoir tenu le plus à cœur aux dermatologistes français du commencement du XIX^e siècle, mais ce qui les frappe, c'est beaucoup plus la coexistence de ces deux diathèses chez un même individu et l'influence réciproque qu'elles exercent l'une sur l'autre, que leur réunion sur un même point de l'organisme pour constituer une forme mixte. Le point de vue général prime chez eux le point de vue local. C'est ce que nous trouvons exprimé dans l'ouvrage si curieux de Lugol. Le chapitre qu'il consacre à l'influence de la syphilis sur la scrofule est tout entier à lire. « L'infection syphilitique, dit-il, est une des complications les plus fâcheuses que puissent éprouver les sujets scrofuleux. La syphilis présente chez eux une opiniâtreté qui ne lui est pas ordinaire et les maladies scrofuleuses en éprouvent un accroissement d'intensité qui les rend beaucoup plus graves et plus dangereuses..... L'infection syphilitique des sujets scrofuleux, conclue-t-il, est donc une des complications les

plus graves qui puissent survenir. Ces deux maladies réunies semblent recevoir mutuellement une nouvelle force de cette association; elles forment ensemble un état mixte qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que chacune des maladies dont il est composé (1). »

Quant aux manifestations locales que peut constituer cette hybridité, Lugol les désigne d'une manière générale et extrêmement vague quand il ajoute : « Cet état présente d'ailleurs un aspect qui révèle aussitôt sa double origine. Pour le praticien exercé, ce n'est ni la scrofule, ni la syphilis, mais bien ces deux maladies compliquées réciproquement l'une par l'autre. »

Les observations que Lugol donne en exemple ne concernent d'ailleurs aucunement le lupus, et, au point de vue plus général où se place cet auteur, elles nous semblent aujourd'hui d'autant moins probantes que les antécédents syphilitiques de plusieurs de ces malades se réduisent à une blennorrhagie. Lugol, en effet, écrivait à une époque où le dualisme de la syphilis et de la blennorrhagie n'était pas encore démontré.

C'est dans le même sens que Guibout dira plus tard, et excellamment : « Il y a entre la diathèse scrofuleuse et la diathèse syphilitique une sorte de pernicieuse affinité en vertu de laquelle, quand une fois ces deux diathèses se sont rencontrées, il devient très difficile de les séparer. La scrofule donne à la syphilis des allures essentiellement immobiles, torpides, réfractaires à tout traitement (2). »

Ricord. — La même question du reste avait été abordée par Ricord, mais cette fois à un point de vue plus spécial, lorsqu'il avait lancé l'expression qui a fait fortune de scro-

(1) LUGOL. — Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses. Paris, 1844.

(2) GUIBOUT. — Leçons cliniques sur les maladies de la peau. Paris, 1876.

fulate de vérole. Dans la pensée de son auteur, elle était loin d'avoir toute l'extension qu'on a été tenté de lui donner depuis. Et si nous y insistons, c'est précisément pour bien marquer que Ricord n'a nullement entendu désigner par cette appellation des faits analogues à ceux qui constituent l'hybridité lupo-syphilitique. Il désignait ainsi certains cas où la réaction syphilitique s'est faite antérieurement dans des ganglions scrofuleux et inversement à ceux où une dégénérescence scrofuleuse semble avoir été consécutive à la réaction syphilitique. Nous rappellerons que ce que Ricord, avec les anciens auteurs, appelait scrofule doit être partagé, ainsi que l'a bien montré Leloir, entre la scrofule proprement dite ou mieux le lymphatisme et la tuberculose vraie. Tel est donc le sens restreint qu'il faut laisser au scrofulate de vérole de Ricord, tout en faisant la part des cas où l'imprécision du diagnostic se voile sous le pittoresque des mots.

Syphilis et lupus. — Mais il n'est pas dans mon intention de m'engager plus avant sur ce terrain, et ce serait sans doute concevoir la pathologie d'une manière bien artificielle que de vouloir faire des relations de la syphilis et du lupus un simple paragraphe d'un chapitre plus vaste, qui serait celui des relations de la syphilis et de la tuberculose. Il me semble, en effet, qu'il y a dans l'hybridité qui fait l'objet de cette étude quelque chose de beaucoup plus étroit, de plus intime, de moins fortuit que dans l'hybridité possible de la syphilis et de toute autre tuberculose locale.

Sous cet aspect, la question n'est définitivement entrée dans le domaine médical qu'avec le travail de Leloir (1).

(1) LELOIR. — Traité théorique et pratique de thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses. Paris, 1891.

Leloir. — Dans son *Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose cutanée*, Leloir étudie une malade profondément entachée de tuberculose héréditaire et de scrofulo-tuberculose personnelle, qui contracta un chancre suivi d'accidents secondaires, pour lesquels elle fut soignée à l'hôpital. — Quelques années après, elle vint consulter dans le service de la clinique dermatologique de Lille, pour une lésion de la région cervicale qui rappelait à s'y méprendre, les syphilides tuberculeuses, et, de fait, sous l'influence du traitement mercuriel, quelques-uns des éléments disparurent complètement, tandis que les autres s'affaissaient et prenaient l'apparence des nodules du lupus. L'histologie confirma ce que la thérapeutique venait d'établir, c'est-à-dire qu'il existait là une lésion mixte, et, par des biopsies faites avant et après le traitement, Leloir put prendre sur le fait le travail de sclérose consécutive à la médication mercurielle. En même temps la recherche des bacilles et l'inoculation aux animaux mettaient hors de doute la nature en partie tuberculeuse de cette affection.

A la fin de cette importante étude, Leloir concluait : « Ce cas est donc d'une importance majeure, car il semble prouver qu'il peut exister du côté de la peau des hybrides à la fois scrofulo-tuberculeux et lupomateux et syphilitiques. Il constitue le premier cas d'hybride syphilitico-lupomateux qui ait été publié et démontré. »

Mais, sur ce dernier point, le savant professeur de Lille n'était pas entièrement dans le vrai : à ma connaissance, il existait déjà au moins une observation du même genre, c'est celle que je trouve dans la thèse de Lefèvre (1), antérieure de neuf années à la publication de Leloir.

(1) LEFÈVRE. — *Thèse* Paris, 1881.

Lefèvre. — Dans son travail, l'idée de l'hybridité, dont il fait remonter tout l'honneur à Verneuil, est très nettement exprimée : « Personne jusqu'ici, dit-il, n'avait envisagé les diathèses comme pouvant s'unir et former des entités nouvelles, ayant des caractères particuliers souvent mixtes, tenant de l'un et de l'autre, si bien qu'il est possible que beaucoup de faits, jusqu'ici regardés comme offrant une difficulté de diagnostic soient simplement des exemples de manifestations d'hybride. »

Il faut avouer, d'ailleurs, que la division qu'il donne de ces faits ne brille guère par la clarté. Il en étudie trois classes.

« Dans la première, la plus nombreuse, les manifestations syphilitiques ont été une occasion pour la scrofule de se montrer et de produire des accidents, qu'à elle seule elle n'avait provoqués jusqu'alors, ou de les renouveler.

« Dans la seconde, les manifestations ordinaires d'une diathèse empruntent à l'autre une modification dans leurs symptômes habituels, sans que l'on voie celle-ci intervenir d'une manière bien évidente.

« Dans la dernière, les deux diathèses se mêlent et s'influencent l'une l'autre au point que, selon les localisations de la lésion dépendant de l'une des deux, cette lésion présente à son tour les caractères des manifestations habituelles de l'autre diathèse. »

Au reste, la thèse est presque entièrement consacrée aux adénopathies syphilo-strumeuses à toutes les périodes, et ce n'est que d'une manière toute fortuite qu'il y introduit la relation d'un cas où la manifestation combinée de ces deux diathèses s'était traduite par une localisation différente : il s'agit « d'une lésion syphilitique

développée sur une cicatrice de lupus scrofuleux » et pour lui, la cicatrice lupeuse a été le *locus minoris resistentiæ* sur lequel est venue se greffer la syphilis.

Il suffit de lire cette observation, — que l'on trouvera plus loin, — pour se rendre compte qu'il s'agissait bien d'un cas d'hybridité.

Bien que l'auteur prononce le mot de cicatrice de lupus, il semble indubitable qu'il y avait encore des nodules en évolution : il remarque, en effet, qu'il existe encore quelques rougeurs, et plus loin il spécifie que le lupus reste seul après le traitement mercuriel. Nous savons d'ailleurs combien il est difficile de parler de cicatrice définitive et de guérison absolue pour le lupus.

Ainsi donc, voilà encore un fait qui me semble comparable à celui de Leloir à bien des égards. Ici la syphilide s'est développée sur un lupus antérieur à la contagion syphilitique du malade, ce qui établit le caractère mixte de la lésion.

Nous n'avons pas retrouvé d'observations plus probantes parmi les auteurs antérieurs à Leloir ; mais, si on entre dans le domaine des idées et de l'exposition dogmatique, il est impossible de ne pas citer deux noms : ceux de Devergie et de Cazenave.

Devergie. — Devergie est peut-être le premier auteur qui ait bien vu la possibilité des formes mixtes en pathologie cutanée, et cela au point de vue le plus général. N'est-ce pas lui qui a écrit : « Le lupus peut affecter des formes composées et s'allier à l'herpès et au psoriasis pour donner naissance à un herpès lupiforme ou à un lupus psoriasiforme... C'est qu'il n'y a pas d'affection de la peau qui ne puisse s'allier à une autre forme morbide » (1).

(1) DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, Paris, 1834.

Aussi est-ce sans surprise que nous le voyons consacrer une longue description à toute une série de manifestations spéciales, « états moitié scrofuleux, moitié syphilitiques, le plus souvent héréditaires et qui ont un cachet tout particulier. » Il leur donne le nom de scrofulo-syphilides, et voici ce qu'il range sous cette dénomination : ce sont « des états morbides que l'on n'a pas décrits ou que l'on a confondus avec la scrofule proprement dite et qui en doivent être distingués par la cause qui, suivant nous, les a primitivement fait naître.

« Cette cause, nous la regardons comme étant complexe ; elle est à la fois scrofuleuse et syphilitique ; c'est une transformation par hérédité de la syphilis en la scrofule et à laquelle la syphilis ne reste pas étrangère, de sorte que, si elle n'est pas combattue, on ne détruira pas la maladie.

« On sait qu'à cet égard plusieurs praticiens pensent que la syphilis constitutionnelle est l'origine de la scrofule et qu'elle se transforme en cette maladie. Nous ne sommes pas aussi explicite à cet égard, mais nous admettons que des parents qui ont eu des accidents syphilitiques dont ils n'ont jamais été parfaitement guéris, au moins quant à la cause première, peuvent transmettre à leurs enfants, d'une part, cette cause, ce virus plus ou moins modifié, et, si le tempérament de l'enfant le dispose à la scrofule, il en résulte une maladie de forme composée dérivant de la scrofule et de la syphilis que nous appelons scrofulo-syphilide. Alors apparaissent chez ces enfants non pas la maladie scrofuleuse avec ses formes simples, puis composées, mais d'une évolution régulière, mais bien des accidents qui ont à la fois un cachet de la scrofule et un cachet de la syphilis, sans que ni l'une ni l'autre soient nettement dessinées au point

de pouvoir dire : « C'est de la scrofule ou c'est de syphilis ».

« Je donne à ces diverses formes d'accidents composés le nom de scrofulo-syphilides de la peau, et je les signale dans cet ouvrage comme ne rentrant pas complètement dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces affections. »

Cette description ne laisse pas de manquer de clarté en bien des endroits. Nous comprenons bien l'idée ancienne qui voulait faire de la scrofule un dérivé de la syphilis, mais nous voyons mal ce que peut être l'idée plus compliquée de Devergie, pour qui la syphilis se transforme en scrofule, sans cesser pourtant d'être de la syphilis : « c'est une transformation de la syphilis en la scrofule et à laquelle la syphilis ne reste pas étrangère ». Toutefois il n'en est pas moins certain que Devergie nous semble admettre d'une manière indubitable l'existence de formes ressortissant à la fois à la syphilis et à la scrofule ; aussi, au premier abord, ai-je été tenté de voir dans le texte précité une exposition de la forme hybride qui fait l'objet de cette étude ; mais la lecture des observations de Devergie, sans me faire abandonner entièrement cette manière de voir, m'a paru démontrer que Devergie englobait sous la même dénomination un groupe de faits assez disparates ; surtout il est assez remarquable que pas une des observations données par lui en exemples ne puisse être considérée légitimement comme un fait d'hybridité ; elles nous apparaissent bien comme des cas de syphilis héréditaire ou même acquise, comme des cas de simples scrofuloses cutanées, mais non pas comme des hybrides de syphilis et de lupus.

Pour ma part, je crois que les scrofulo-syphilides de Devergie appartiennent surtout à la syphilis héréditaire tardive, dont nous connaissons bien maintenant les

manifestations souvent torpides, et ce serait justement cette allure torpide que Devergie aurait mise sur le compte d'une scrofulé, souvent fort problématique, si on s'en tient aux observations citées par lui. En d'autres termes, il y a identité entre une partie des scrofulo-syphilides de Devergie et le lupus syphilitique de certains auteurs, auquel il est fait allusion plus loin.

Pourtant il ne paraît pas impossible que Devergie ait vu de véritables cas d'hybridité et les ait confondus dans le même groupe.

Enfin, il y a une part d'erreur dont il faut bien tenir compte, et il est difficile de se défendre d'un certain scepticisme, en lisant au diagnostic des scrofulo-syphilides d'avec le lupus, que « dans le lupus, il n'y a pas d'ulcération apparente, » tandis que dans l'autre cas, « les bords des ailes du nez ou de la partie hypertrophiée sont découpés dans une certaine étendue ». Néanmoins, quelque part d'erreur que contienne la classification ainsi faite, on peut admettre que Devergie ait rangé des faits d'hybridité lupo-syphilitique à côté de lésions de syphilis dont l'allure torpide était mise sur le compte de la scrofulé et pouvait d'ailleurs tenir, dans une certaine mesure, au terrain lymphatique sur lequel elles évoluaient. A ce titre, je n'ai pas cru pouvoir négliger le nom de cet auteur dans l'exposé de la question.

Cazenave. — Cazenave, lui aussi, semble avoir connu les mêmes faits, mais, chez lui, le fait bien vu est noyé sous une théorie des plus confuses. « Il est aujourd'hui parfaitement démontré, dit-il, que dans un grand nombre de cas le lupus se produit sous l'influence de la syphilis et alors il est transmis héréditairement avec le principe diathésique qui lui donne un cachet distinct si remarquable...

« Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que l'on a décrit sous le nom de *maladies vénériennes larvées*. Seulement le principe syphilitique est modifié par des conditions de tempérament qui prédisposent à l'expression particulière de la syphilis de la peau, qui donnent au lupus une physionomie spéciale qui n'est pas celle de la syphilis proprement dite, mais qui est plus que le type propre au lupus : *il en résulte une forme mixte, très curieuse à étudier au point de vue de sa marche, de son mode de destruction, de son traitement, plus fréquente qu'on ne le suppose* » (1).

Il semble difficile de méconnaître que Cazenave, dans le passage précédent, ait voulu affirmer l'existence d'une forme hybride du lupus, se développant chez les syphilitiques héréditaires. Et ce qui nous engage encore dans cette manière de voir, c'est la lecture de Chausit dont l'ouvrage n'est que l'interprétation de l'enseignement de Cazenave. Cet auteur, après avoir esquissé à grands traits le diagnostic entre la syphilide tuberculeuse et le lupus, ajoute : « Mais il existe des cas où l'erreur pourrait être plus facile, c'est quand le lupus se développe sous une double influence, quand il semble être un des attributs de la syphilis héréditaire. Entre cette forme de lupus et la syphilide tuberculeuse, il existe des analogies embarrassantes de disposition, de couleur, de marche. Toutes deux peuvent être disposées en groupe, affectent une marche serpigineuse. Cependant il existe même dans ces conditions, des différences qui rendent le diagnostic toujours possible. » Mais qu'est-ce donc que ce lupus qui se développe sous une double influence et qu'il ne faut pas confondre avec la syphilide tuberculeuse, sinon la

(1) CAZENAVE. — Leçons sur les maladies de la peau. Paris, 1876.

lésion même qui fait l'objet de ce travail. Et dès lors il est intéressant de faire remarquer que Cazenave la considérait comme relativement fréquente.

Bazin. — A côté de Devergie et de Cazenave et peut-être avant eux, il est un nom que j'aurais cru *a priori* pouvoir citer, c'est celui de Bazin ; mais, chose singulière, l'homme qui a le mieux vu l'influence des états diathésiques sur les formes morbides, affirme l'indépendance de la scrofule et de la syphilis quand ils se développent sur le même terrain : « La syphilis et la scrofule qui se rencontrent sur le même sujet marchent isolées, conservant chacune la physionomie que lui imprime sa spécificité, ou du moins l'influence est-elle très légère (1) ». Et nous ne trouvons pas mention de formes mixtes de syphilis et de lupus : son lupus syphilitique n'est qu'une syphilide tuberculeuse, le terme de lupus n'ayant pour Bazin qu'une valeur de notation élémentaire et étant l'équivalent de tubercule ; le lupus tuberculeux est pour lui la scrofulide maligne, il n'en a pas noté l'association possible avec le lupus syphilitique.

A l'étranger, cette association est également méconnue. La possibilité d'hybrides lupo-syphilitiques est admise théoriquement par Waller, comme nous l'apprend Lang : « Dans les cas où la syphilis survient chez un individu atteint de lupus, il résulte des travaux de Waller, remontant déjà à 27 ans, et qui ont eu une si grande importance pour la syphiligraphie, qu'on ne connaît pas une seule observation de gomme syphilitique développée dans un infiltrat lupique, ce qui était d'ailleurs une possibilité admise par cet auteur » (2).

(1) BAZIN. — Cours de sémiologie cutanée, Paris, 1855.

(2) LANG. — Lupus, Syphilis und Flächenkrebs, p. 225. *Wiener Med. Presse*, 1878.

Quant à Lang lui-même, il ne se prononce pas sur la question et se contente de faire remarquer très justement, à propos du lupus syphilitique, qu'on voudrait en vain étayer la légitimité de cette appellation sur la possibilité pour le lupus de se compliquer de syphilides (ce qui revient à dire, précise-t-il, que la syphilis se serait développée sur un lupus de Willan ou inversement) car, dans ce cas, il n'y a aucune ambiguïté, puisqu'on maintient l'existence du lupus et de la syphilis.

Mais cette éventualité sur laquelle Lang semble personnellement ne pas se prononcer, est repoussée par Kaposi (1), qui, quelques semaines auparavant, dans un article consacré à « ce qu'on appelle lupus syphilitique, » affirme « que le lupus et la syphilis sont indépendants l'un de l'autre de par leur étiologie et leur pathologie et ne constituent aucune forme mixte. » Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que cette proposition, assurément erronée, n'est nullement une conséquence légitime de la première, dont nul ne discute le bien fondé, au moins à notre époque, sinon à celle où écrivait Kaposi.

En résumé, les recherches que nous avons pu faire accentuent encore l'importance du travail de Leloir. Avant lui, Devergie peut-être, et Cazenave presque sûrement avaient vu les mêmes faits, mais ils les avaient mal expliqués. — A l'étranger, cette possibilité avait été entrevue, sans qu'on put l'étayer d'un exemple. Lefèvre, dans une très courte thèse, avait rapporté un cas d'hybridité bien étudié, mais il ne semble pas qu'il en ait compris l'intérêt et qu'il en ait vu l'importance. C'est donc Leloir qui a fait à cette forme morbide sa place dans la pathologie cutanée.

(1) KAPOSI. — Ueber den Sogenannten Lupus Syphiliticus. (*Wiener Med. Wochenschrift*, 1877; n° 50 à 52).

Après lui, il semble qu'on ne fasse plus que citer son travail sans apporter de faits nouveaux (1). Et même, chose curieuse, il semble que cette description si rigoureuse, que cette démonstration si irréfutable de Leloir n'ait pas fait dans le monde médical une impression bien profonde. « C'est à tel point que, lorsque M. le professeur Fournier présenta son pseudo-lupus syphilitique à la Société de Dermatologie (2) c'est à peine si l'hypothèse d'une hybridité lupo-syphilitique fut discutée, après avoir été soulevée par M. Barthélemy. Il s'agissait pourtant « d'une malade qui avait été vue par deux maîtres éminents de l'hôpital Saint-Louis, MM. Hillairet et Besnier, qui tous deux firent le diagnostic de lupus et obtinrent la guérison d'abord par des scarifications, puis, après récédive, par des pointes de feu. C'est après une troisième récédive qu'elle revient dans mon service ; on la soumet aux injections de calomel. Dès la deuxième injection, on constate déjà l'amélioration ; à la quatrième injection, la guérison est presque complète ».

Et pourtant il n'y eut pas par le calomel de guérison définitive ; elle ne se fit que plus tard à la suite d'un érysipèle.

Je n'ose pas prétendre que, dans le cas présent, il s'agisse d'un hybride, mais, devant cette amélioration à la fois rapide et incomplète par le calomel, il y a lieu de se demander s'il n'y avait pas place pour une autre hypothèse que celles qui furent envisagées. A côté de la question de la guérison des syphilides par les scarifications, du lupus par le calomel, on pouvait poser, comme l'a d'ailleurs indiqué M. Barthélemy, celle d'un cas mixte ; d'au-

(1) Il existe une observation analogue de Neisser, citée sans indication de source dans la *Pratique dermatologique*. Il m'a été impossible de la retrouver.

(2) *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 11 juin 1896.

tant plus que l'amélioration rapide, puis la résistance de la lésion sont dans le plan des faits que nous étudions.

Telle était bien d'ailleurs la manière de voir de M. Brocq en pareille matière, car, deux ans après, à propos d'une communication de M. du Castel relative au traitement du lupus par le calomel, il cite un fait de lupus rebelle, où cette médication a donné d'abord une première amélioration et où ensuite les lésions sont restées stationnaires, et il dut attaquer les tubercules lupiques par la cautérisation. Mais chez ce malade il constata une cicatrice colossale du pharynx, de sorte qu'il y avait peut-être là coïncidence de syphilis. A cette occasion, M. Fournier déclara qu'il croyait à l'association possible des deux maladies (1).

Nous trouvons également indiquée l'association du lupus et de la syphilis dans la thèse d'Husson (2) qui constitue une étude beaucoup trop rapide pour que nous puissions tabler sur elle. Nous n'y trouvons, en effet, aucune mention du travail capital de Leloir et l'auteur n'apporte aucune observation.

« L'association du lupus et de la syphilis, dit-il, est aussi fréquente que celle du cancer et de la syphilis; nous croyons même que cette association est la plus fréquente de toutes. Pourquoi ne pas supposer, en effet, que dans un organisme atteint par l'une ou l'autre de ces deux diathèses qui minent si profondément toute notre économie, pourquoi ne pas supposer, disons-nous, qu'il y a un *locus minoris resistantiæ* qui permettra, si l'une des deux existe déjà, le développement plus facile de l'autre?

C'est justement à cause de cette fréquence du lupus et de la syphilis que, dans certains cas, nous pouvons expli-

(1) juillet 1898.

(2) HUSSON. — Thèse, Paris 1900.

quer le succès de certaines interventions thérapeutiques (traitement du lupus par le calomel).

La dénomination de *lupus syphilitique* (1) qui a été donnée à cette forme hybride ne nous paraît pas exacte parce que le *lupus* et la *syphilis* sont deux entités morbides absolument distinctes et qui ne doivent pas être confondues par la dénomination. Seulement il peut se faire que la *syphilis* se développe sur une plaque de *lupus* et réciproquement qu'une plaque lupique se développe sur une syphilide. Ce serait même à notre avis le cas le plus fréquent, puisque nous avons considéré ces deux maladies comme caractérisant au plus haut point l'expression de la déchéance physique : la *syphilis* aurait préparé le terrain et aurait donné à la tuberculose un organisme en état de réceptivité beaucoup mieux appropriée ».

Si nous ouvrons les traités actuels, nous voyons que les hybrides de *syphilis* et de *lupus* sont signalés par Lenglet (2), qui, renvoie au travail de Leloir et déclare que « la *syphilis* s'allie au *lupus* avec une particulière facilité. »

C'est également à Leloir que renvoie M. le professeur Dieulafoy. « Dans quelques cas, et ils ne sont pas rares au larynx, aux poumons, la *syphilis* et la tuberculose envahissent successivement un organe ; il y a juxtaposition des deux infections ; mais, dans d'autres circonstances, on dirait qu'il y a souvent un fait d'hybridité ; telles sont certaines lésions lupiques également syphilo-tuberculeuses de la peau et de la muqueuse du nez ».

(1) Ce que certains auteurs ont appelé *lupus syphilitique* n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une syphilide tuberculeuse, le plus souvent héréditaire.

(2) LENGLET. — Art. *Lupus*, in *La Pratique Dermatologique*.

CHAPITRE III

Observations d'hybrides lupo-syphilitiques

OBSERVATION I

Hybride de syphilis et de lupus

(LELOIR. *Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau*)

La malade est âgée de 34 ans.

A. H. Son père est mort de phtisie pulmonaire ; elle a trois sœurs : toutes trois toussaient et l'une d'elles qui toussa beaucoup s'amaigrit progressivement. Toutes sont comme entachées de lymphatisme.

Donc, d'une façon manifeste, tuberculose comme apanage héréditaire.

A. P. Occupons-nous d'abord de la tuberculose.

Nous trouvons sur la jambe gauche une cicatrice adhérente, irrégulière et gaufrée, vestige d'une ostéite tuberculeuse du tibia, survenue à l'âge de 8 ans.

Il y a deux ans apparut derrière la région supérieure du sternocléido-mastoïdien à droite une tumeur qui bientôt augmenta de volume, se ramollit, présente des trajets fistuleux (scrofulo-tuberculose ganglionnaire). Bientôt après survint à la région inférieure du cou

à droite, près de la clavicule une gomme scrofulo-tuberculeuse qui se ramollit et aboutit à la formation d'une fistule en partie couverte d'une croûte ostracée. En outre cette malade est un beau type du tempérament lymphatique, si apte à contracter la tuberculose : cyanose et hyperhydrose des extrémités, chaires molles et flasques, lèvre supérieure hypertrophiée, séborrhée de la face, acné du dos.

Passons maintenant à l'étude de l'autre diathèse, de la syphilis.

Cette femme est douée d'un intellect inférieur à la moyenne. Cette pauvreté de développement cérébral est sans doute la cause qui la fait se livrer à un premier amant dès l'âge de 10 ans. Bientôt après elle se prostitue sous les ponts, et, à 24 ans, elle fut atteinte d'un chancre infectant caractéristique, bientôt suivi d'accidents secondaires : elle fut alors soignée par le docteur Castelain.

Dans la suite, les accidents allèrent s'atténuant, paraît-il ; les renseignements qu'elle a pu nous donner sur cette époque sont très restreints. En résumé, nous trouvons déjà dans les antécédents la tuberculose héréditaire, la scrofulo-tuberculose personnelle, la syphilis acquise.

En juillet 1890, elle entre dans mon service. Elle présente alors des lésions, situées à la région latérale droite du cou, qui étaient constituées par de grosses saillies papulo-tuberculeuses du volume d'une demi-noisette, très surélevées, rouges cuivrées et dures.

Plusieurs d'entre elles présentaient une disposition nettement circinée

L'aspect particulier de ces lésions, les antécédents de la malade me firent porter le diagnostic : syphilides tuberculeuses hypertrophiques de la région latérale droite du cou.

En conséquence, j'instituai un traitement spécifique énergique (KI à l'intérieur et injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles).

Au début, les lésions résistèrent extraordinairement. Je fis alors interrompre le traitement pour le faire reprendre de nouveau avec une nouvelle énergie. Nous vîmes alors les tubercules s'affaïsser, se réduire de moitié, perdre leur couleur rouge cuivre, leur dureté,

en un mot changer complètement d'aspect. Bien plus, quatre de ces grosses lésions papulo-tuberculeuses disparurent complètement.

Fait important, la malade présentait encore un trajet fistuleux, dernier vestige de la gomme (scrofulo-tuberculeuse) dont elle avait été atteinte au niveau de la région sterno-mastoïdienne supérieure. Mais il est possible que cette lésion ne fût pas pure et fût au contraire entachée de syphilis, car le traitement antisyphilitique eut une heureuse influence sur son évolution.

Je pus parfaire d'ailleurs la guérison par ma méthode ordinaire du traitement des scrofulo-tuberculoses (thermocautère, raclage, injections parasitocides, etc.).

Revenons à l'hybride.

Le traitement spécifique était donc venu confirmer mon diagnostic (syphilides tuberculeuses hypertrophiques); une partie des lésions avait complètement disparu.

Pour les autres, la thérapeutique les avait réduites de moitié, mais au bout d'un certain temps, tous nos efforts, tous nos spécifiques devenaient inutiles; nous avions beau continuer à donner du mercure et de l'iodure de potassium, nous étions échec et mat et les lésions restaient stationnaires.

Je soupçonnais en premier lieu la possibilité d'une accoutumance et, en conséquence, j'eus recours au traitement interrompu; les lésions ne furent pas davantage influencées; je dus avouer que le traitement ne mordait plus.

A partir de ce moment, voici qu'un changement complet se produisit. Il semblait que nous avions enlevé quelque chose, et que, le quelque chose disparu, ce qui restait se mettait à évoluer d'une façon spéciale avec un aspect particulier que nous n'avions pas encore vu jusqu'ici.

Les lésions, au début, étaient dures, d'un rouge cuivré, violacé. Après le traitement, l'aspect dur, rouge cuivré, violacé disparaît d'une part.

D'autre part, les tubercules prennent une coloration sucre d'orge demi-transparente : entre les doigts, ils ont une consistance gélatineuse; le scarificateur qu'on y enfonce y pénètre comme dans

une gelée. Au milieu de ces tubercules, on peut constater des corpuscules de milium et de grutum.

En un mot, l'affection s'était complètement transformée en des lésions absolument identiques à celles des gros tubercules lupeux. Sous cet aspect, l'éruption rappelait tout à fait le lupus myxomateux hypertrophique, tel que je l'ai décrit en 1888 au Congrès de la tuberculose.

Je pose dès lors, pour ces nouvelles lésions, vestiges des premières en partie disparues, le diagnostic de lupus myxomateux.

La clinique, l'anatomie pathologique, les recherches bactériologiques, les inoculations expérimentales étaient venues me démontrer d'une façon absolue que ce qui restait était non plus un syphilôme ou un hybride scrofulo-tuberculeux et syphilitique, mais un lupus englobé dans un reticulum fibreux consécutif à la guérison du syphilôme.

J'instituai donc le traitement du lupus d'après ma méthode ordinaire.

J'obtins ainsi une cicatrisation parfaite. Malheureusement, deux mois après, de petits nodules lupeux de récidence se montrèrent dans la cicatrice et actuellement un grand nombre de tubercules saillants mamelonnés se sont reproduits.

Recherches histologiques et bactériologiques de Leloir.

A. — Avant l'action du traitement antisiphilitique.

Une première biopsie a été pratiquée en août 1890 pendant l'installation du traitement antisiphilitique, avant que les tubercules se fussent réduits sous l'influence du traitement.

Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on examine une coupe colorée au picro-carmin à un grossissement faible ou moyen, c'est que la coupe présente des lésions histologiques rappelant à la fois celles de la variété atypique du lupus vulgaire que j'ai décrit sous le nom de lupus myxomateux et celles de l'infiltration plus ou moins diffuse de la peau par un granulôme, un syphilôme en particulier.

Il serait difficile, devant les coupes, de dire si l'on se trouve en présence d'un lupus ou d'une gomme syphilitique. Cependant l'existence en quelques points de cellules géantes isolées ou grou-

pées, enfin et surtout la présence de bacilles tuberculeux au centre et au voisinage immédiat de ces cellules géantes permettent d'affirmer que, en ce qui concerne certains îlots tout au moins, le tissu pathologique est de nature scrofulo-tuberculeuse.

D'autre part, la présence d'artérioles à parois épaisses, sclérosées en quelques points du derme et de l'hypoderme, constitue un caractère histologique qui s'observe plutôt dans la syphilis que dans la scrofulo-tuberculose. Fait majeur, une inoculation pratiquée à cette époque a été négative.

L'inoculation ayant été bien faite et, d'autre part, la présence de bacilles tuberculeux, très rares d'ailleurs, permettant d'affirmer qu'une partie du néoplasme était de nature scrofulo-tuberculeuse, l'on pourrait peut-être en cette hypothèse dire que, si l'inoculation a été négative, c'est que l'on a inoculé une parcelle du néoplasme ressortissant non pas à la scrofulo-tuberculose, mais à autre chose, c'est-à-dire à la syphilis.

B. — Après l'action du traitement antisypilitique

L'examen histologique pratiqué alors en employant la même technique que précédemment permet de constater un changement d'aspect assez notable dans la structure du néoplasme.

Celui-ci se trouve constitué par des îlots de cellules embryonnaires renfermant ou non à leur centre une ou plusieurs cellules géantes et présentant tous les caractères du tissu lupeux.

Cà et là, on trouve quelques rares bacilles de la tuberculose au niveau ou dans le voisinage de ces cellules géantes, mais en outre l'attention est immédiatement attirée par ce fait que les îlots de tissu lupeux sont en quelque sorte englobés comme dans un réseau, par un tissu fibreux de sclérose disposé en bandes plus ou moins larges.

La disposition de ce tissu fibreux ne rappelle guère celle que l'on observe dans le lupus scléreux ou dans le lupus sclérosé. Ce n'est pas, en effet, sous forme de bandes fibreuses pénétrant le nodule que se trouve disposé le tissu fibreux, mais sous forme d'alvéoles entourant et englobant les cellules embryonnaires et rappelant la structure alvéolaire de certains carcinomes.

Cependant, en quelques endroits, il part de ces bandes fibreuses des tractus plus minces, venant à leur tour pénétrer dans le tissu lupeux, qu'ils dissolvent plus ou moins. En ces points, et le fait est surtout remarquable sur les préparations colorées à l'acide osmique, le tissu fibreux se présente parfois sous l'aspect d'aigrettes ou de réseaux ténus, entre les mailles desquels se trouvent les cellules embryonnaires du lupôme, les aigrettes de tissu fibreux rappellent des centres de cristallisation en houppes, envahissant peu à peu une masse liquide qui serait constituée par les éléments du lupôme.

A un fort grossissement, l'on constate en outre par place que le reticulum fibreux, devenu plus délicat, englobe même les cellules embryonnaires prises individuellement. Ce mélange de tissu fibreux et de tissu lupomateux est également très net et très remarquable dans les préparations colorées par la méthode d'Ehrlich.

Un petit morceau de l'un de ces tubercules... est inoculé d'après ma méthode à un cobaye.

Ce cobaye est devenu manifestement tuberculeux au bout de six semaines. Les viscères tuberculeux de ce cobaye inoculés à un autre cobaye, ont été le point de départ d'une série de tuberculoses par inoculation.

OBSERVATION II

Lupus ancien cicatrisé. Syphilide tuberculo-croûteuse développée sur une cicatrice.

(In Thèse de LEFÈVRE)

Le nommé B... âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 48, le 15 mars 1879, service de M. Fournier.

Son père a eu un eczéma au bras. Mère morte à 34 ans d'une affection du foie.

Beaucoup de gourmes pendant l'enfance : elles n'étaient pas encore guéries quand, à l'âge de 7 à 8 ans, survint sur le cou un bouton qui s'agrandit peu à peu et pour lequel on le conduisit à l'hôpital des Enfants ; on ne put obtenir la guérison, et l'éruption

continua à augmenter lentement jusqu'en 1869, époque à laquelle il entra à Saint-Louis (Service de M. Guibout).

On diagnostiqua un *lupus*. Sorti après un séjour d'un mois, il revint chez M. Hillairet un an après environ. Traitement par la pommade de biiodure et l'huile de foie de morue. Amélioration notable en deux mois. Le *lupus* continue à aller assez bien à partir de ce moment, et le malade se contente de se soigner chez lui.

Chancre il y a 19 mois; trois mois après, apparition d'une syphilide palmaire, qui disparut rapidement sous l'influence du sirop de Gibert. Six mois après, apparition de syphilides aux parties génitales. Il entre à Saint-Louis dans le service de M. Fournier, où il reste deux mois, au bout desquels il sort guéri. Il a encore eu des syphilides buccales à plusieurs reprises.

Le *lupus* n'éprouvait du reste pas de recrudescence; la surface qu'il occupait sur le cou était couverte par des cicatrices superficielles et quelques rougeurs.

Il y a trois mois, des boutons et des croûtes se développèrent juste sur l'emplacement du *lupus*.

Cette éruption s'est peu à peu étendue à toute la surface qu'il occupait et l'a même débordée en avant et en arrière.

Il existe, en effet, dans la région sous-maxillaire droite et s'étendant jusque sur le cou au niveau d'une ligne qui rejoindrait le cartilage cricoïde et sur l'angle de la mâchoire, une surface cicatricielle à peau fine et plissée, et sur elle, irrégulièrement disséminées, mais plus abondantes sur les bords, ont apparu des croûtes jaunâtres et brunes, minces, recouvrant des ulcérations superficielles mêlées à des squames épidermiques, et de plus sur les bords des tubercules rougeâtres.

La présence des croûtes, leur nature et la rapidité de leur développement doivent faire penser à une syphilide enveloppée par les cicatrices d'un *lupus*.

Entre l'oreille et l'œil du même côté existe une petite plaque de cicatrisation de *lupus*.

Le 1^{er} avril. Bain de vapeur, pansement au Vigo. Traitement interne.

Les croûtes tombées ont laissé de petites ulcérations multiples qui ont été très améliorées par le pansement de Vigo.

Aujourd'hui la cicatrisation est faite en grande partie. On touche les points encore excoriés avec la teinture d'iode. Pansement de Vigo.

Le 18, guérison à peu près complète. La surface est seulement encore rouge et légèrement écailleuse sur quelques points.

Le 17 mai, on n'a pas touché au lupus qui persiste seul ; le malade demande à sortir.

Le 25 mars 1880, le malade revient. Son ulcération du cou s'est rouverte sur la cicatrice du cou, qui est recouverte de croûtes.

Est-ce la syphilide, est-ce la scrofulide qui rentre en activité ?

OBSERVATION III

Hybride de syphilis et de lupus

(personnelle)

G. P..., âgée de 18 ans 1/2. Employée de commerce. Entrée le 10 janvier 1904. Salle Vidal.

A. H. — Père mort à 46 ans de cause inconnue.

Mère bien portante.

3 frères et une sœur qui ont une bonne santé habituelle, sans être robustes.

2 autres enfants, morts, l'un à 11 jours, l'autre à 13 jours, étaient les deuxième et troisième enfants.

La malade actuelle est née après eux.

A. P. — Elle se porte habituellement bien, n'a pas eu de grandes maladies, mais présente une apparence plutôt chétive.

A partir de quatre ans, elle a été soignée pour les yeux, jusqu'à l'âge de 16 ans : elle a été opérée, il y a trois ans, pour une fistule lacrymale qui persiste encore.

L'affection actuelle a débuté en décembre 1902.

Description des lésions en décembre 1902

Elle est constituée par une double lésion, l'une au nez, l'autre à la lèvre supérieure ; celle-ci, au dire de la malade, serait la première en date.

Lèvre supérieure. — Elle est constituée par un placard qui s'étend de la commissure labiale gauche, jusqu'au sillon médian de la lèvre supérieure. En haut elle est limitée par un bourrelet légèrement surélevé au-dessus des téguments sains, dessinant un contour circiné formant des arcades assez nettes. Il commence sur la ligne médiane immédiatement au-dessous de la racine du nez et rejoint la commissure gauche en formant une limite polycyclique qui longe le sillon naso-génien en laissant, entre elle, et le sillon, un intervalle de peau saine de deux à trois centimètres suivant les points.

Du côté de la ligne médiane, le bourrelet qui suit le sillon médian de la lèvre supérieure affecte la même disposition irrégulièrement circinée.

Ce bourrelet a une teinte fauve ou cuivrée.

En bas la lésion empiète sur la muqueuse labiale et elle s'arrête au niveau de la ligne de contact de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure.

La portion centrale de la lésion ainsi circonscrite par le bourrelet que nous venons de décrire a une teinte jambonnée plus claire que le bourrelet qui la limite et elle est légèrement moins surélevée que la bordure. Par places, elle est recouverte de squames blanchâtres et nacrées assez minces, faiblement adhérentes, et en d'autres points de croûtes très adhérentes, d'une coloration jaune brunâtre.

L'ensemble de la lésion de la lèvre supérieure présente une infiltration considérable qui, jointe à la disposition circinée sur un petit espace, à la teinte cuivrée du bourrelet évoque l'idée d'une affection syphilitique.

Au pourtour de ce placard, enchâssés dans la peau saine et faisant une légère saillie rosée au-dessus des téguments, on note trois tubercules qui, par la vitropression, donnent l'apparence sucre d'orge des nodules lupiques.

Nez. — Le nez est pris dans sa presque totalité, surtout dans les 2/3 inférieurs. Dans l'ensemble, il a une coloration rouge jambonnée beaucoup plus vive que celle de la lésion labiale. Sur ce fond existent des

squames très minces, faiblement adhérentes, sans prolongement, et des points d'une teinte plus foncée correspondant à de petits tubercules assez profondément enchâssés qui dessinent sur la teinte plus claire du fond un piqueté très net. L'infiltration de ce niveau est assez accentuée, moins pourtant que celle de la lèvre. La vitropression met en évidence avec la plus grande netteté la couleur sucre d'orge des tubercules précités qui ont toute l'apparence des nodules lupiques les plus typiques.

Dans son tiers inférieur, le nez est recouvert à son extrémité et sur les narines de croûtes jaune-brunâtres recouvertes par places de sang coagulé. Ces croûtes très fortement adhérentes, comme enchâssées dans les tissus, recouvrent une légère couche de pus que l'on fait sortir par la pression.

Sur les joues existent également des nodules lupiques disséminés en dehors de la lésion principale dans la peau saine.

La lèvre supérieure présente dans la portion immédiatement sous-jacente au nez une apparence cicatricielle.

Gorge. — La voûte palatine a un aspect ogival.

L'aspect normal des arcades formées par les piliers antérieur et postérieur circonscrivant entre eux la loge amygdalienne n'existe plus. Piliers et amygdales sont le siège d'une infiltration rouge sombre qui supprime leurs nombreux contours normaux et les réunit en une seule masse, à la surface de laquelle la muqueuse présente des taches opalines, qui rappellent l'apparence de certaines plaques muqueuses, et des points jaunâtres plus foncés, qui sont constitués par du mucus. La même infiltration a envahi le bord du palais dans sa portion libre : celle-ci, ainsi que la luette, a la même teinte carminée sombre que les amygdales et les piliers.

Examen de l'œil. — Praticué le 29 janvier 1904 par M. le D^r Sulzer. « Vestiges de kératite interstitielle profonde et d'iritis, anomalies vasculaires et pigmentaires des membranes profondes, les deux caractéristiques de la syphilis ».

Examen des fosses nasales. — Praticué au début, il n'a rien donné de positif en raison des croûtes adhérentes et épaisses qui tapissaient l'entrée des fosses nasales.

Une f.²⁰/₆ les croûtes tombées, il a donné les résultats suivants :

« Du côté droit, la muqueuse du cornet inférieur est lardacée et épaissie : le stylet la pénètre facilement, mais ne rencontre pas de séquestres ni de parties osseuses dénudées sur le cornet. Le reste de la narine, cloison et cornet moyen n'est pas attaqué.

« A gauche, sur la cloison, à la portion antérieure, il y a une masse ulcérée que le stylet pénètre également jusqu'à ce qu'il ait rencontré le cartilage. Le moindre contact suffit pour la faire saigner. Ces divers caractères rapprochent ces lésions de celles des gommes syphilitiques du nez ». (Note remise par le docteur Sarremone).

Jusqu'ici la malade a reçu à un moment donné quelques scarifications qui ont amené une amélioration de courte durée.

Elle a pris à l'intérieur du sirop iodotannique et de l'huile de foie de morue.

A l'hôpital, elle est mise au traitement mercuriel par injections solubles. Localement on lui fait des applications d'emplâtre rouge de E. Vidal.

Description des lésions au 7 mars 1904

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade a reçu 31 injections, dont 12 intraveineuses (cyanure de mercure à la dose de 1 centigramme 1/2 à 2 centigrammes), les autres intramusculaires (biiodure de mercure : 2 centigrammes).

Lèvre supérieure. — A la suite de ce traitement intensif, l'amélioration est remarquable : c'est surtout la lésion de la lèvre supérieure qui a changé d'aspect; dans l'ensemble elle s'est affaïssée; l'infiltration a considérablement diminué; elle conserve la même disposition générale, avec son contour polycyclique, chacun des cercles incomplets qui la constituent étant limité par une bordure plus élevée que le centre, d'une couleur jambonnée plus foncée, formée par la réunion de tubercules au milieu desquels la vitropression décèle de la manière la plus nette l'infiltrat sucre d'orge curculénitique des nodules lupiques. Il est à noter qu'à l'entrée de la malade, l'infiltration était telle que les nodules lupiques précités ne pouvaient être décelés par la vitropression.

Nez. — La lésion du nez n'a pas diminué d'étendue, mais elle aussi



HYBRIDE DE SYMPTÔMES DE LUPUS

Observation n°1

est beaucoup moins infiltrée et comme affaissée dans l'ensemble ; le volume du nez a presque diminué de moitié ; en outre les contours de cet organe ont repris une apparence normale. Dans la partie supérieure, c'est la même teinte rouge fauve qu'au début, mais d'une tonalité qui s'est notablement atténuée. La vitropression y fait apparaître les mêmes nodules lupiques que nous avons signalés au premier examen.

Au tiers inférieur du nez, par suite de la chute des croûtes consécutives aux applications d'emplâtres, la lésion a repris un aspect bourgeonnant et irrégulier, qui rappelle de la manière la plus nette celui de certains lupus.

En somme, le traitement mercuriel auquel a été soumise la malade, loin de faire disparaître l'apparence lupique de la lésion primitive, a au contraire rendu cette apparence plus caractéristique encore, en diminuant l'infiltration dont le nez et la lèvre étaient le siège, ce qui se traduit à la vue par un affaissement général, une restitution de la forme normale, une teinte plus pâle, et, au toucher, par une bien plus grande souplesse des parties atteintes.

Disons que la fistule lacrymale que présentait encore la malade a été traitée par M. Sulzer au moyen de la cautérisation ignée, et que, le 4 mars, on en a noté la guérison complète et qui sera définitive.

L'amélioration que nous avons notée, le 7 mars du côté de la lèvre et du nez est en réalité plus ancienne : depuis dix jours, en effet, il semble que le traitement n'ait plus d'influence. Nous avons eu en somme une modification considérable et rapide, puis il y a eu un temps d'arrêt, et il a semblé que les injections solubles n'avaient plus aucune action.

C'est alors que, pour obtenir du mercure le maximum d'action, M. Brocq met la malade aux injections de calomel. A la suite de deux injections (0,05 centigr. de précipité blanc, le 15 mars et le 26 mars), lesquelles sont fort bien supportées, on note un pas de plus vers la guérison : l'infiltration a encore diminué, le nez tend à reprendre sa forme normale, la lésion a encore pâli.

On pratique encore deux nouvelles injections (5 avril et 19 avril), mais il semble que cette médication soit maintenant sans effet. Au

reste, les lésions du nez et de la lèvre ont pris l'aspect lupique le plus typique qu'on puisse désirer. Les tubercules situés à la périphérie de la lésion de la lèvre ont toute la translucidité des nodules lupiques les plus nets. Il en est de même de ceux que l'on observe à la périphérie de la masse lupique qui infiltre l'extrémité nasale.

Sous l'influence de la médication mercurielle, la gorge a présenté une modification radicale. L'infiltrat qui semblait agglomérer les piliers et l'amygdale a totalement disparu : les piliers sont de nouveau saillie à l'intérieur de l'isthme pharyngien circonscrivant la loge amygdalienne. En outre la muqueuse a repris sa coloration normale.

C'est en présence de l'aspect nettement lupique de la lésion que la malade est soumise aux scarifications.

Description des lésions au 5 mai 1904

L'état de la malade avant les scarifications est le suivant :

Lèvre. — Lésion affaissée dans son ensemble : elle est d'une teinte jambonnée pâle : elle présente encore cette disposition polycyclique que nous avons signalée au début. L'infiltration est peu marquée : au toucher, elle est infiniment plus souple qu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Nez. — Coloration rose jambonnée pâle : par places, desquamation blanchâtre peu adhérente : tubercules bien nets à la périphérie de l'ulcération qui en occupe l'extrémité. Il a repris à peu près ses dimensions normales.

Le 9 mai, la malade a eu sa troisième séance de scarification : le premier résultat a été d'amener la cicatrisation de l'extrémité nasale. Elles sont continuées régulièrement toutes les semaines, mais on ne tarde pas à remettre simultanément la malade aux injections mercurielles. Cette médication adjuvante a pour but de traiter la syphilis héréditaire en puissance de laquelle se trouve la jeune malade, et d'améliorer aussi la lésion locale, en évitant qu'autour des nodules lupiques, il ne se fasse de nouvelles poussées de syphilis.

Les périodes se sont réparties :

Du 5 mai 1902 au 17 mai : 11 injections intraveineuses de 2 centigrammes de cyanure d'hydrargyre.

Du 30 mai au 21 juin : une injection intraveineuse de cyanure,

puis 15 injections intramusculaires de 2 centigrammes de biiodure de mercure.

Du 1^{er} juillet au 12 juillet : nouvelle période de traitement.

Du 18 juillet au 28 septembre : 10 nouvelles injections.

Du 18 avril 1905 au 1^{er} mai : 15 injections.

Entre ces deux périodes, il y a eu un écart assez considérable tenant à l'impossibilité où se trouvait la malade, en raison de ses occupations, de venir régulièrement à l'hôpital.

Depuis le mois de mai 1904, le traitement par la scarification s'est fait régulièrement toutes les semaines.

Le 14 janvier, dans une note prise par moi sur la malade, je trouve indiqué que le nez a repris son aspect normal ; la peau y a un aspect cicatriciel régulier ; dans la cicatrice, il existe quelques nodules.

La lésion de la lèvre supérieure est de niveau avec les tissus voisins ; elle ne se traduit plus à la vue que par une zone légèrement rosée présentant un aspect cicatriciel par places ; on y trouve également des tubercules lupiques.

A cette date, elle a eu 36 séances de scarification faites par M. Brocq.

En somme, la malade est déjà à cette date presque guérie.

Depuis lors la lésion s'est encore modifiée : il n'y a plus que quelques tubercules disséminés dans les cicatrices du nez et de la lèvre.

Entre temps, l'intérieur des fosses nasales a été soigné par le docteur Sarremone.

Le 15 juin, celui-ci, après examen de la malade, nous avait remis la note suivante :

« Dans la narine gauche, sur la cloison, on voit une grosseur bourgeonnante, mais ne semblant pas ulcérée, dans laquelle cependant un stylet pointu pénètre facilement. Cette tumeur s'étend de la sous-cloison à peu près un centimètre en arrière et en haut. Elle saigne facilement au contact.

« Du côté droit, la cloison est normale : la muqueuse qui recouvre le cornet moyen est molle et saigne assez facilement quand on la touche.

« Pharynx absolument normal : la muqueuse est pâle et peut-être rétractile. Mais il n'y a ni lésion osseuse, ni déformation ».

L'importance de l'observation mentionnée dans cette note est capitale. Car non seulement la gorge, ainsi que nous l'avons noté plus haut, avait sous l'influence du traitement mercuriel repris son apparence normale, mais aussi les fosses nasales, sous la même influence, avaient présenté une amélioration importante. L'ulcération que le premier examen avait fait constater à gauche s'était entièrement cicatrisée.

Ultérieurement M. Sarremone pratiqua des grattages des fosses nasales et enleva des masses végétantes et molles dont nous donnons plus loin l'examen histologique.

L'état général de cette jeune fille s'est maintenu excellent pendant tout le traitement; elle ne tousse pas; nous n'avions d'ailleurs rien constaté de suspect du côté de son appareil respiratoire.

Elle a pris d'une manière régulière du sirop iodotannique.

Elle a été mise également à l'iodure de potassium, mais n'a pu le supporter.

En somme, pour résumer cette observation, voici une malade chez laquelle le traitement mercuriel a amené la guérison totale des lésions de la gorge, et en même temps une amélioration remarquable du côté du nez et de la muqueuse des fosses nasales. Nous pensons être en mesure d'affirmer qu'il y a là un exemple remarquable d'hybridité lupo-syphilitique : une fois, en effet, que le mercure a eu épuisé son action, une fois, en d'autres termes, que la médication spécifique eut enlevé l'élément syphilitique de la lésion, le lupus est apparu avec ses caractères cliniques les plus nets, caractères que l'histologie a confirmés. Et ce lupus à son tour est en train de disparaître sous l'influence du traitement approprié.

Examen histologique. — Je viens de dire que l'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique, il m'a été possible, en effet, d'examiner le produit de raclage des fosses nasales, or, les coupes montrent de très belles cellules géantes à couronne nucléaire bien marquée, avec de nombreuses cellules épithélioïdes; les cellules embryonnaires, plus rares, sont situées à la périphérie; les follicules

sont nettement à tendance épithélioïde. MM. Lenglet et Civatte ont bien voulu examiner ces préparations : le diagnostic de lupus leur a paru absolument certain.

Le traitement avait déjà produit son effet au moment où ce raclage a été pratiqué; je n'ai rien constaté d'analogue aux tractus conjonctifs décrits par Leloir.

OBSERVATION IV

Hybride de syphilis et de lupus

Flavie B..., 46 ans. — Entrée le 29 avril 1903, salle Vidal, hôpital Broca.

Cette malade entre à l'hôpital pour une lésion qui occupe le nez et en a amené la destruction complète.

A. H. — Père : bonne santé; aurait eu, étant jeune, à une jambe, une ulcération de cause indéterminée.

La mère se porte bien; elle a eu trois enfants actuellement vivants et bien portants; pas de fausses-couches.

A. P. — La malade s'est fort bien portée jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque, elle a eu des maux de gorge fréquents. — Plus tard, après son mariage, elle a eu une extinction de voix qui a duré un an et pour laquelle on lui a donné de l'iodure de potassium; à cette époque, elle a eu des ulcérations du voile du palais, de la gorge et de la langue, depuis, elle a été presque constamment malade. — Le nez a d'abord été pris, et on lui a fait des pointes de feu; puis, la lèvre supérieure, pour laquelle on lui a fait subir le même traitement, qui aurait amené une amélioration temporaire.

Depuis deux ans, la lèvre supérieure est prise.

L'ensemble des accidents remonte donc à une vingtaine d'années.

L'état général a toujours été assez bon : pas de maladies graves.

La malade n'a eu ni enfants, ni fausses-couches.

Son mari l'a abandonnée peu après son mariage et la possibilité d'une contamination conjugale est admissible.

État actuel. — Le centre du visage, le nez dans ses deux tiers inférieurs, toute la lèvre supérieure, la lèvre inférieure dans sa moitié droite, ont un aspect lisse, cicatriciel, analogue à celui que laisse le lupus vulgaire. Sur cette cicatrice existent des croûtes disséminées, çà et là, des lésions en évolution, ainsi disposées : à la lèvre supérieure, trois foyers principaux d'éléments isolés dans la cicatrice, l'un au milieu, les deux autres aux extrémités de la lèvre. Ces foyers sont de teinte générale jaunâtre, avec un ton violacé faible. Leur surface est recouverte de squames adhérentes, irrégulières qui les masquent en partie ; ils sont composés de saillies noduleuses, irrégulières, placées côte à côte, laissant, çà et là, entre elles, des dépressions ; ces saillies dépassent à peine le niveau de la peau ; par leur réunion, elles constituent des placards irrégulièrement cycliques ; ceux du côté gauche dessinent une ou deux arcades irrégulières, mal définies, rappelant un peu la disposition des syphilides papuleuses disséminées de ces régions.

A droite : un placard large de un centimètre environ, composé de un ou deux nodules distincts, irréguliers, appartenant par leur disposition à des cercles de centres divers, d'où un certain polycyclisme de la plaque. Ces plaques sont peu infiltrées ; en les comprimant avec une lame de verre, elles prennent un aspect jaunâtre.

Dans les cicatrices, entre elles, la même compression fait voir de tout petits nodules disséminés.

Au nez : les orifices des narines, atrésiques par cicatrices, sont oblitérés par une croûte rupioïde. Le nez très cicatriciel est parsemé de petits nodules visibles par compression.

La lèvre supérieure est largement infiltrée en masse dans toute la moitié droite. Vers la commissure, elle est couverte d'une croûte noire sous laquelle existent des ulcérations peu profondes, irrégulières, découpant la muqueuse en des pertes de substances sans profondeur, à bords irréguliers et non décollés.

Dans le voisinage de l'ulcération existent des brides cicatricielles sur lesquelles passe l'épithélium restauré.

Malgré la pâleur de l'ensemble, qui rappelle la scrofulo-tuberculose cutanée, malgré la présence, dans le tissu de cicatrices de nodules analogues à ceux du lupus, la tenue générale de l'ulcération,

l'absence de décollement, le fond peu sanieux, peu grenu de l'ulcération, éveillent l'idée de la syphilis.

A la nuque, nappe cicatricielle au centre avec éléments en évolution à la périphérie et dans une partie de la bordure seulement. Cette plaque a trois centimètres de long sur deux de large : elle est pâle dans l'ensemble, la cicatrice y est incolore ; l'aspect général rappelle la scrofulodermie ; le groupement rappelle la syphilis. Les lésions élémentaires sont, en effet, des papulo-tubercules à disposition cyclique, le cercle manquant sur une partie de l'étendue. La cicatrice centrale entre les papules est lisse et irrégulière. Elle ne présente pas d'une façon certaine, même à la vitropression, de points jaunes. — Pas de pigmentation.

En faisant ouvrir la bouche, on aperçoit à la face interne de la lèvre supérieure une ulcération déchiquetée, irrégulière, à bords décollés, qui éveille l'idée d'une ulcération tuberculeuse.

La malade est mise au traitement hydrargyrique : biiodure de mercure à la dose de 2 centigrammes par jour.

Au bout de 7 injections, l'amélioration est manifeste : l'ulcération de la lèvre s'est presque complètement cicatrisée, les éléments de la nuque ont presque entièrement disparu. Ceux de la lèvre supérieure sont en voie de régression très accentuée.

Sur ces entrefaites, le 15 mai 1903, la malade présente un érysipèle de la face pour lequel elle est envoyée à l'hôpital d'Aubervilliers : elle revient au bout de 13 jours, le 28 mai, sans que l'état de ses lésions ait été modifié dans aucun sens. L'amélioration est ce qu'elle était au moment du départ pour le service des contagieux.

La malade est remise au traitement hydrargyrique : on lui fait une nouvelle série de 10 injections, mais l'amélioration ne semble plus se faire comme au début ; l'état finit par rester stationnaire ; il est alors le suivant :

L'ulcération de la lèvre est complètement cicatrisée ; les croûtes et les ulcérations de la lèvre supérieure ont disparu. L'infiltration en masse que l'on notait au début a considérablement diminué, ce qui se traduit par l'assouplissement des téguments et la

teinte moins vive de la région ; mais en ce point, et sur le reliquat d'infiltration persistant, existent de très petits nodules profondément enchâssés dans le derme, qui ont toute l'apparence de nodules lupiques.

La croûte rupioïde qui obstruait les narines est tombée ; les lésions que nous avons signalées au nez se sont atténuées comme celles de la lèvre, mais sans disparaître totalement. Dans le tissu cicatriciel du nez subsistent toujours de petits tubercules. Il n'y a plus trace des lésions de la nuque.

C'est alors que la malade est soumise aux scarifications : la lame du scarificateur pénètre dans les nodules précités avec la facilité pour ainsi dire caractéristique du lupus. Sous l'influence de ce traitement, on voit l'infiltration de la lèvre supérieure, le reliquat des éléments du nez, s'atténuer rapidement. — Leur disparition est à peu près complète quand la malade, se jugeant suffisamment guérie, quitte l'hôpital ; mais il subsiste encore des nodules lupiques dans le tissu cicatriciel du nez. — Sortie le 31 juillet 1903.

La malade rentre à l'hôpital le 19 août, à peu près dans le même état que le mois précédent au moment de sa sortie, pour être remise aux scarifications : elle annonce l'intention de se faire traiter d'une manière définitive. Scarifiée une fois par semaine, elle sort le 4 octobre, présentant encore des nodules lupiques disséminés, mais assez améliorée pour se croire guérie, malgré les assurances contraires que nous pouvons lui donner et les efforts que nous pouvons faire pour la retenir.

OBSERVATION V

Hybride lupo-syphilitique de la joue coïncidant avec une glossite scléro-gommeuse de la langue.

(personnelle) . /

G..., 35 ans. — Cette malade se présente au mois de juin 1902 à la consultation de l'hôpital Broca pour une double lésion : l'une à la langue, l'autre à la joue.

Ces lésions, examinées en détail, se présentent avec les caractères suivants :

Langue. — Sur sa partie latérale gauche, la langue est épaissie et sa surface est irrégulière au niveau de l'épaississement. Elle paraît transformée dans une étendue de deux à trois centimètres carrés; en ce point, les papilles sont complètement abrasés et une fissure existe au centre de l'infiltration. Fissure à bords irréguliers que la malade croit être survenue à la suite d'applications électrolytiques. Par la palpation, la langue donne une sensation d'induration et de rénitence profonde.

Joue. — Sur la joue gauche, il existe une plaque, large de trois à quatre centimètres, dans laquelle on distingue une série d'éléments ne dépassant pas la surface de l'épiderme, inclus dans une zone érythémateuse et poussant ça et là entre les éléments de petits tractus fins et irréguliers. Les petits éléments ont une teinte transparente, la couleur caractéristique des infiltrations nodulaires du lupus. Ils sont nettement limités. Sous le doigt, cette plaque dans l'ensemble donne une sensation d'infiltration profonde, plus grande peut-être que celle que l'on rencontre d'habitude dans les placards de lupus analogues. Néanmoins c'est le diagnostic de lupus qui semble devoir s'imposer. Au point de vue objectif, la lésion de la langue est plus difficile à classer : l'induration de la langue et la fissure, sans être caractéristiques, sont plutôt en faveur de la syphilis, mais n'excluent pas l'hypothèse d'un lupus lingual.

Les commémoratifs font pencher dans le même sens que l'aspect objectif pour les deux lésions.

Celle de la joue est ancienne ; elle remonte à l'âge de 8 ans et s'est développée très lentement et très progressivement. Mais depuis quelque temps elle semble avoir augmenté d'importance. La lésion de la langue s'est produite il y a quelques mois et a évolué très rapidement, en une semaine ou deux, ce qui est en faveur de la syphilis.

Les antécédents héréditaires sont extrêmement vagues. Les antécédents personnels qu'on recueille dès l'abord sont les suivants :

Enfant malade jusqu'à l'âge de 12 ans. Blépharite ciliaire probable. Adénite cervicale à répétitions.

Rougeole à 5 ans.

Apparition du lupus de la joue à 8 ans.

Réglée à 15 ans régulièrement. Pas de chlorose.

Mariée à 17 ans. Mari mort à 30 ans, après cinq ans de mariage, de bacillose aiguë du poumon.

La malade tousse habituellement un peu et l'auscultation a permis de reconnaître les signes stéthoscopiques de la période de germination à l'un des sommets (affaiblissement de l'inspiration, expiration prolongée).

La malade eut à 18 ans un enfant qui est mort de méningite, dit-elle, à 9 mois.

L'année suivante, elle a un enfant qui vit encore, est âgé maintenant de 17 ans et se porte bien.

Elle a encore à l'âge de 20 ans un troisième enfant, fillette de 15 ans actuellement qui aurait une lésion de la joue dont la malade ne peut préciser la nature.

Dans le courant de sa 21^e année, elle a successivement trois fausses-couches de trois à quatre mois.

Enfin, dernier détail que la malade ne nous donna que plus tard, elle a été traitée à La Rochefoucauld, il y a 6 ou 7 ans, pour une éruption spécifique non douteuse, pour laquelle elle ne fit que deux mois de traitement. Il semble bien qu'il ait été question d'une syphilis récente et que l'éruption ait été une roséole. Ce détail a son intérêt, car les fausses-couches répétées que nous venons de noter pourraient faire attribuer à la syphilis une date plus ancienne.

Le lupus qu'elle présente à la joue a été traité sans succès une première fois, il y a 13 ans, par des pointes de feu ; 5 ans plus tard M. Brocq la traite par des scarifications, puis, à l'hôpital Saint-Louis, on lui fait de la photothérapie qui semble avoir produit une amélioration passagère, bientôt suivie de récurrence ; elle est alors traitée par la même méthode à l'hôpital Broca sans résultat appréciable.

C'est alors qu'on constate la lésion de la langue : elle est alors soumise au traitement mercuriel : en trois semaines, 15 injections de

cacodylate iodo-hydrargyrique amènent la guérison de la glossite.

Mais en même temps la lésion de la joue présente une amélioration marquée à laquelle on ne s'attendait pas. — La rougeur et l'infiltration s'atténuent dans des proportions remarquables. — Les tubercules semblent moins nombreux et il ne paraît pas douteux qu'une partie d'entre eux aient subi un processus de régression. — Bref, la lésion de la joue a repris toutes les apparences d'un lupus plan à nodules profondément enchâssés dans le derme sans cette infiltration qui, à un examen minutieux, avait semblé plus considérable que ne le comportait cette variété de lupus. En un mot l'amélioration était telle que cette femme a refusé de se soumettre au traitement propre du lupus, — trouvant qu'il ne constituait plus une disgrâce physique assez accentuée pour lui empêcher de pratiquer le métier auquel elle se livrait.

OBSERVATION VI

Hybride de syphilis héréditaire et de lupus

(personnelle)

V. A..., âgée de 33 ans.

A. H. Père mort à 79 ans.

Mère morte à 66 ans; a présenté à 63 ans une exostose pour laquelle M. Fournier a prescrit de l'iodure de potassium et des applications d'emplâtre de Vigo.

Elle aurait fait une fausse-couche.

Morte d'albuminurie.

Pas d'autre enfant que la malade qui nous occupe.

A. P. Malade depuis huit ans, époque à laquelle a débuté la lésion du nez.

Santé satisfaisante; ne tousse pas.

Surdité peu accentuée d'un seul côté qui remonte à l'enfance et qui aurait été provoquée par une otite consécutive à une grippe.

Pendant quatre ans, la lésion du nez a conservé les dimensions d'une lentille. La malade a eu recours à toutes sortes de remèdes

indiqués dans les journaux. Puis la lésion s'est étendue progressivement sur la narine gauche.

La cinquième année, elle a été consultée par M. Fournier qui a prescrit de l'iode de potassium et des injections de calomel (je dois faire remarquer que cette indication n'implique pas absolument chez M. Fournier le diagnostic de syphilis, car ainsi qu'il l'a indiqué à la Société de Dermatologie dans une des séances mentionnées plus haut, il a souvent appliqué ce traitement au lupus ordinaire : néanmoins, comme simultanément il mettait la mère de cette malade au traitement spécifique pour une exostose de la jambe, il est permis de penser qu'il eut, dans le cas présent, l'impression d'une manifestation de syphilis héréditaire).

La malade eut 12 injections de calomel, à la suite desquelles elle se trouva améliorée, mais non guérie.

Elle fut traitée également dans le même service par la cautérisation ignée.

La malade, vint en 1900, consulter M. Brocq, qui la mit aux scarifications.

Si nous nous reportons à la photographie faite à cette époque par M. le Dr Sottas, nous voyons que l'aspect est celui d'un lupus végétant du nez. Celui-ci dans presque toute sa moitié inférieure est envahi par une masse bourgeonnante qui en double le volume.

Très rapidement, les scarifications améliorent la malade : trois mois après, le nez a repris son aspect normal ; mais bientôt on observe une nouvelle récurrence. Il est du reste impossible d'obtenir de cette femme l'assiduité nécessaire pour le bon effet des scarifications. Il se produit de fréquentes récurrences sous forme d'ulcérations et de masses végétantes, dont chaque fois pourtant les scarifications finissent par avoir raison. Mais, devant la fréquence des récurrences, M. Brocq pense à un cas mixte de syphilis et de lupus et prescrit une série de piqûres de calomel, grâce auxquelles on obtient des résultats beaucoup plus durables.

Au moment où je vois la malade (juin 1903), cette femme qui est restée assez longtemps sans venir à l'hôpital, satisfaite du résultat incomplet qu'on a obtenu, a vu sa maladie progresser et la lésion pour laquelle elle revient occupe le nez et la lèvre supérieure.

Les deux narines sont en partie détruites, à droite, sur une étendue de 1 centimètre environ, à gauche de 1/2 centimètre. Le nez a une apparence blanchâtre cicatricielle au centre, rouge à la périphérie avec une desquamation blanche. Petits nodules lupiques dans la cicatrice.

La lèvre supérieure présente dans la portion immédiatement sous-jacente au nez une zone cicatricielle à la périphérie de laquelle on aperçoit deux ou trois tubercules qui ont l'apparence des tubercules lupiques.

Il y a en outre quelques tubercules sur la joue droite. En somme, l'apparence est celle d'un lupus typique qui aurait amené la destruction d'une partie des narines.

Nous avons pu suivre régulièrement cette malade pendant deux ans : elle est actuellement dans un état très satisfaisant et le changement a été si complet que la malade s'est mariée : les narines de part et d'autre sont légèrement échancrées par une perte de substance semi-linéaire qui découvre la cloison médiane. Il n'y a plus d'ulcération, ni de croûte, ni de rougeur sur le nez, pas plus que sur la lèvre ; dans le tissu cicatriciel, on trouve de tout petits tubercules isolés ; mais, pour obtenir ce résultat, il a fallu combiner l'action de la scarification et du traitement mercuriel. Les scarifications, employées seules, obtenaient rapidement la cicatrisation des ulcérations, la disparition du bourgeonnement ; mais cette action était éphémère ; pour en assurer la durée, il fallait soumettre l'organisme à l'influence des injections de biiodure ; celles-ci, employées seules n'avaient pour résultat que d'empêcher ce processus ulcératif de se produire aussi rapidement.

OBSERVATION VII

Lupus du nez et syphilis ignorée

(personnelle)

Aux observations précédentes nous en ajouterons une autre où nous n'avons trouvé aucun antécédent de syphilis.

D., âgée de 41 ans, épicière.

La malade est venue se faire traiter pour une lésion lupôide du nez, au mois de juin 1902.

A. H. — Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents héréditaires; elle est la seconde de cinq enfants. Les antécédents morbides de l'enfance sont inconnus, mais ils paraissent être nuls. Elle a été réglée à 16 ans et a présenté de l'anémie à cette époque. Mariée à 30 ans. Elle reconnaît avoir eu aucune maladie grave d'aucun appareil: un examen d'urine n'a pas donné d'albumine. Les règles sont régulières et abondantes.

Elle a eu une fausse-couche de six semaines environ en 1895. Son mari est mort tuberculeux, il y a 15 mois, présentant, paraît-il, des manifestations multiples de tuberculose: tuberculose pulmonaire et intestinale, entre autres.

Il y a six mois, environ, début de la maladie actuelle.

Nez tuméfié à son extrémité, surtout dans sa partie médiane, rouge, couvert de petits papulo-tubercules dans la partie supérieure. Toute l'extrémité du nez, très tuméfiée, est occupée par une ulcération à fond granuleux, rouge, bourgeonnant faiblement, légèrement sanieuse, couverte par places d'une croûte peu adhérente. L'ulcération mesure un centimètre $1/2$ en surface dans tous les sens. Sous l'ulcération, il y a une infiltration profonde des parties molles qui n'exclut pas une sensation de consistance mollasse de l'ensemble des tissus; le scarificateur y pénètre aisément, et profondément, jusqu'à un centimètre environ.

Sur la joue existent des tuberculo-papules dont nous allons donner la description.

A la suite de trois séances de scarification, la lésion se modifie légèrement et devient la suivante :

A la région moyenne de la face dorsale du nez, sur un fond rose uniforme apparaissent des ponctuations jaunâtres au nombre de 15 à 20, larges de 1 à 2 millimètres, de teinte semi-translucide, indolores à la pression, soulevant à peine l'épiderme. Au centre d'un certain nombre d'entre elles, il existe de petits grains blancs ronds, globuleux, à limites très nettes, présentant toutes les apparences

caractéristiques de grains de millium. Par la vitropression, la peau devient exsangue, pâle, dans toute l'étendue de la face dorsale du nez, mais on voit alors se détacher, sur le fond uniformément blanc, un grand nombre (30 environ) de petites taches jaune sucre d'orge demi-transparentes, rappelant de la façon la plus nette les tubercules du lupus. L'extrémité du nez est déchiquetée, irrégulière, elle a perdu complètement sa forme normale, est turgescence, mais peu bourgeonnante, et présente à l'extrémité du lobule une ulcération à bords irréguliers, recouverte d'une croûte dont le niveau est à peu près celui de l'épiderme. Sur cet infiltrat rouge on distingue encore par vitropression quelques amas sucre d'orge disséminés.

A la joue gauche 14 taches disséminées sur la région sous-orbitaire au-dessus du pli génien, de teinte rouge et parsemées de petites dilatations vasculaires : elles ont un aspect semi-transparent et chacune de ces taches porte à son centre de petites croûtelles, résultat du travail cicatriciel consécutif à la scarification. Par la vitropression, on obtient la même apparence qu'au niveau du nez.

Chaque hiver, la malade a des engelures qui se prolongent jusqu'à la fin du printemps. Actuellement les téguments des mains sont cicatriciels par places, tuméfiés en d'autres. L'épiderme y apparaît, en quelques points, notablement aminci. Ça et là, il existe des desquamations irrégulières. En de nombreux points, on note l'existence de dilatations vasculaires punctiformes que la pression ne réussit à vider que très difficilement, qui sont noirâtres et rappellent celles des angiokératomes. De multiples dilatations vasculaires de ce genre occupent la face palmaire de l'auriculaire droit, au niveau de la seconde phalange.

Tous les ongles sont altérés : ils sont irréguliers, déformés et marqués de stries transversales et longitudinales qui, par leurs variables combinaisons, rendent extrêmement vallonnée la surface de l'ongle. Il n'y a pas d'hyperkératose sous-unguéale appréciable.

L'examen général de la malade permet de noter du côté du poumon, au sommet gauche, une tonalité exagérée, des vibrations plus fortes, une diminution du murmure vésiculaire à l'inspiration, une expira-

tion rude et prolongée; au sommet droit, des symptômes d'infiltration, craquement humide et submatité.

Depuis trois semaines, la malade aurait beaucoup maigri. Tel était l'état au mois de juin 1902.

M. Brocq, au cours des scarifications, ne tarde pas à remarquer que la consistance n'est pas celle du lupus: soupçonnant une syphilis sous-jacente, il fait faire à cette femme des injections de cacodylate iodo-hydrargyrique. Au bout de la huitième injection, M. Brocq retrouve la consistance caractéristique du lupus en même temps qu'il constate une amélioration marquée de la lésion.

Nous avons suivi cette malade pendant deux ans, et, bien que nous n'ayons trouvé aucune trace de syphilis dans les anamnétiques, nous avons pensé que la syphilis intervenait pour sa part dans la lésion du nez. En effet, si on essayait de la traiter uniquement par les scarifications, on n'obtenait aucune amélioration; si on voulait la soumettre uniquement au traitement mercuriel, la lésion, stationnaire pendant un certain temps, se remettait à évoluer sous la forme de *lupus exedens*. Nous avons assez souvent constaté cette double alternative, et d'une manière assez nette, pour être en mesure d'affirmer qu'on n'obtenait de bons résultats qu'autant que la malade était soumise à une double médication: le mercure à l'intérieur, les scarifications pour la lésion du nez. Indépendamment de cette preuve par le traitement, il y avait le signe donné par la scarification et qui avait mis en éveil l'attention de M. Brocq: dès qu'on abandonnait pour un certain temps les injections mercurielles, les tissus malades perdaient la friabilité si caractéristique sous la pointe du scarificateur dans les masses lupiques. Néanmoins nous tenons à déclarer que, tout en considérant ce cas comme un fait d'hybridité, nous ne lui attribuons pas la même valeur démonstrative qu'aux autres. Pour les autres nous avons eu, en effet, soit des certitudes de syphilis, soit des probabilités suffisantes pour que l'histoire seule de la malade inclinât à songer à cette affection. Ici il n'en est pas de même, et il s'agit, suivant nous, d'un cas de syphilis passée inaperçue.

Pour terminer l'histoire de cette malade, nous dirons qu'elle était si améliorée au mois de juillet 1904, qu'on pouvait considérer

la guérison comme certaine à bref délai. Cette amélioration était si considérable que notre cliente put songer à contracter un nouveau mariage, ce qui l'obligea à quitter Paris. Depuis elle revint nous voir, mais elle ne pouvait se faire faire que le traitement mercuriel, et, n'ayant plus le bénéfice des scarifications, elle présentait une nouvelle poussée de lupus. Depuis elle a été perdue de vue.

Si nous reprenons ces différents faits pour les grouper dans une étude d'ensemble, nous voyons qu'ils se rangent en différentes catégories : dans le cas de Lefèvre, dans mon observation V, la syphilis et le lupus ont été observés à l'état isolé, celle-ci étant postérieure à celle-là, et ce n'est que par la suite, à la période où se développent les syphilides tuberculeuses, que nous voyons ces deux éléments se réunir pour former l'hybride. Ici il n'y a aucune difficulté d'intervention et la réalité de cette forme morbide me semble au-dessus de toute critique.

Chez la malade de Leloir, chez celles qui font l'objet de mes observations III et V, la syphilis et le lupus n'ont d'abord été vus qu'à l'état d'hybride, mais il a été possible de dissocier les deux éléments constitutifs de l'affection, ce qui donne à ces faits une valeur démonstrative égale à celle des précédents ; la malade de Leloir, en effet, avait eu sûrement la syphilis laquelle avait été constatée dès le début ; quant à la nature scrofulo-tuberculeuse des lésions réfractaires au traitement, elle résultait de leurs caractères cliniques confirmés par l'examen histologique et bactériologique, par l'inoculation aux animaux. Chez G.. P.... (Observation III), on peut affirmer avec une certitude absolue la syphilis héréditaire : les stigmates caractéristiques révélés par l'examen du fond de l'œil, les lésions de la gorge, leur guérison rapide et entière par le traitement mercuriel,

sont autant d'éléments qui ne laissent aucun doute à cet égard. Quant au lupus, il découle de l'observation même de la malade. L'objection qui voudrait en faire une simple syphilide tertiaire ne tient pas debout : quelle syphilis a-t-on vu demeurer aussi réfractaire à un traitement intensif ? D'ailleurs la syphilide tuberculeuse ne donne pas dans la cicatrice ces tubercules disséminés, translucides, de teinte sucre d'orge, profondément enchâssés dans le derme, de dimensions extrêmement minimes, qui sont notés dans l'observation ; enfin le lupus a été encore affirmé par l'examen histologique ; donc nous avons encore ici la même certitude.

L'observation de Flavie G., n'a pas eu une moindre valeur démonstrative. Ici les commémoratifs attestent l'existence d'ulcérations de la gorge traitées par l'iodure de potassium ; la guérison intégrale et rapide des lésions de la nuque, l'amélioration si remarquable obtenue par 7 injections de biiodure ne laisse aucun doute sur l'existence de la syphilis. L'objection que l'on pourrait faire, c'est que, dans le cas présent, il ne s'agissait que d'une syphilide tertiaire considérée comme un lupus ; mais ici encore, il faut insister sur ce fait qu'il n'est pas de syphilide qui puisse résister au traitement intensif auquel a été soumis cette malade ; on observe parfois des syphilides opiniâtres, notamment des syphilides linguales et palmaires, mais alors elles restent immobiles dès le début de la médication, tandis que chez cette femme l'efficacité du traitement au début a contrasté de la manière la plus remarquable avec son impuissance ultérieure, alors que la lésion ne présentait plus que les caractères cliniques du lupus le plus typique. Et ici, comme dans le cas précédent, lorsque les scarifications ont été instituées, on a constaté avec une netteté absolue l'existence de nodules

minuscules disséminés dans la cicatrice, surtout visibles à la vitropression, lesquels constituent, je ne saurais trop le répéter, un des éléments de diagnostic des plus précieux du *lupus vrai*.

Si le contrôle de l'examen microscopique fait défaut à cette dernière observation, c'est que je n'ai pas cru être en droit de pratiquer des biopsies pour les lésions de la face, alors que l'intérêt de la malade ne justifiait pas ce mode d'exploration : le même motif m'a dicté la même abstention chez les autres malades.

En résumé, il me semble que les cinq premières observations ont une égale importance, une même valeur de démonstration : chez les malades qui en font l'objet, la syphilis est certaine, le *lupus* incontestable, et l'action du traitement s'explique par le caractère mixte des lésions.

Mais il n'en va pas de même pour les deux autres : ici, nous ne pouvons plus penser à la syphilis qu'en raison de l'action du traitement mercuriel. Sans doute, chez l'une de ces malades, on relève des probabilités de syphilis maternelle, des raisons de croire à la syphilis héréditaire, mais la certitude absolue fait défaut, et, chez l'autre, il n'y a même pas ce commencement de preuve. Force nous est donc d'invoquer le vieil adage « *naturam morborum curationes ostendunt* », et de nous appuyer sur l'épreuve du traitement pour affirmer la syphilis, comme, dans le cas précédent, nous nous étions appuyé sur lui pour affirmer l'hybridité.

C'est ici que se place une objection à laquelle il convient de répondre : on peut nous objecter que c'est toujours en définitive à la preuve par le mercure que nous avons recours, pour démontrer l'existence de la syphilis, dans le cas où elle est latente, pour démontrer celle de

l'hybridité, dans le cas où la syphilis est certaine. Or, dans ces dernières années, on a souvent attaqué la spécificité du traitement hydrargyrique dans la syphilis : on a en particulier beaucoup parlé du traitement du lupus par le calomel, et on pourrait objecter que, si le mercure, à l'état de sel insoluble, peut guérir le lupus, la même efficacité pourrait être attribuée aux sels solubles. Bien que la corrélation entre ces deux faits ne soit pas incontestable, et qu'il n'y ait nulle difficulté théorique à attribuer au calomel, dans les affections non syphilitiques une action différente de celle des autres préparations hydrargyriques, je ne méconnaissais pas l'importance de cette objection. S'il est vrai, en effet, que le mercure guérisse la syphilis ou simplement l'améliore, les faits où l'action de ce médicament est la seule preuve de la syphilis sont suspects, et ceux où nous sommes certains de l'existence de cette maladie cessent d'être probants, car il est permis sans doute de penser à une hybridité lupo-syphilomatéuse, mais il est tout aussi logique de songer à un lupus chez un syphilitique et de considérer que l'amélioration de la lésion locale tient à l'action du médicament sur le lupus même.

Il est donc nécessaire d'examiner la valeur de ce *criterium mercuriel*, d'envisager et d'apprécier les critiques qui lui ont été faites et de préciser les conditions grâce auxquelles il conserve toute sa valeur diagnostique. Et cette étude s'impose d'autant plus qu'à défaut du *criterium* histologique, il n'en est pas d'autre que celui du traitement. Peut-être même le microscope est-il beaucoup moins sûr : il est douteux, en effet, que l'on puisse toujours observer les caractères histologiques décrits par Leloir. Il y aurait quelque présomption de ma part à contester la légitimité des conclusions que le savant pro-

fesseur de Lille a tirées de la comparaison des biopsies faites avant et après le traitement. Mais sans même aborder cette question, qui demande à être réservée à des compétences particulières, il est permis de penser que Leloir a eu une bonne fortune exceptionnelle de tomber sur des lésions assez nettes pour lui permettre d'en affirmer la nature mixte. La similitude des lésions tuberculeuses et des lésions de syphilis est déjà si remarquable que le diagnostic microscopique entre ces deux affections réclame souvent un observateur exercé. A plus forte raison peut-on penser que l'examen histologique ne fera pas facilement le départ de ce qui revient à la syphilis et au lupus.

On peut espérer que la découverte de Schaudinn ne tardera pas à nous donner un nouveau moyen de contrôle. Mais, pour le moment, il ne semble pas qu'on ait constaté le spirochète pallide dans les syphilides tertiaires ; a priori, cela n'est point pour surprendre ; on le décèle surtout avec facilité dans des manifestations éminemment contagieuses, accident primitif et accidents secondaires ; mais la contagiosité des accidents tertiaires est très problématique, ce qui induit à penser que le nouveau microbe y est sans doute rare ; il se peut que sa constatation y soit aussi difficile que celle du bacille de Koch dans le lupus.

Aussi, jusqu'à nouvel ordre, il est probable que c'est le critérium thérapeutique qui nous fournira les meilleurs arguments, à condition qu'il soit réellement à l'abri des critiques qui lui ont été faites et qu'il conserve toute la valeur que lui attribuaient les anciens cliniciens.

CHAPITRE IV

Le mercure peut-il guérir le lupus ?

C'est Asselbergs qui, le premier, a consacré une étude détaillée à l'action du calomel sur le lupus, mais l'idée première n'était pas nouvelle et appartient, entre autres, à M. Fournier. Celui-ci l'émit comme une simple hypothèse, après avoir présenté son pseudo-lupus syphilitique, et concluait que, si ce n'était pas une syphilide prise pour un lupus, il fallait admettre que le calomel guérissait le lupus. C'est d'ailleurs cette présentation qui donna à Asselbergs l'idée de ses recherches : celles-ci, d'abord communiquées en 1897 à la Société médicale du Brabant, firent l'objet d'une étude plus approfondie dans les *Annales de Dermatologie*, l'année suivante.

Voici les conclusions de ce travail :

« C'est aux premières injections que l'influence régressive est la plus frappante; puis l'amélioration continue progressivement, mais plus lentement. Lorsqu'on ne marche pas franchement vers la guérison après une moyenne de 15 injections, il semble que l'action du calomel s'atténue et finisse...

« ... Si j'envisage de plus près l'action du calomel sur les différents éléments constitutifs du lupus, tubercules,

infiltrations, ulcérations, je constate que les processus infiltration et ulcération sont presque toujours les premiers et les plus sûrement attaqués. C'est la raison de l'amélioration si frappante après les premières injections. Le tubercule à coup sûr est influencé et participe à la régression générale. Il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui résiste et souvent victorieusement.

« C'est-à-dire que c'est surtout dans la thérapeutique du vieux lupus, tuberculo-ulcéreux, turgescents à infiltration profonde du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané, que l'injection de calomel est appelée à rendre de grands services...

« ... Je me hâte d'ajouter que ce sera le cas ou jamais d'en faire un traitement d'exception ou d'association. Loin de moi l'intention de demander aux injections de calomel qui doivent être continuées fort longtemps et ont de multiples inconvénients, sans avoir la certitude d'arriver à un résultat, ce que les raclages et les cautérisations pourraient donner en quelques séances... J'estime en tout cas que ce sera là un traitement adjuvant précieux».

Quand on soumet à une critique serrée le travail d'Asselbergs, on voit que, sur 14 malades traités par des injections de calomel, trois seulement présentent une guérison définitive.

Un depuis 5 mois (Observation I) : d'abord trois injections ; guérison : récurrence ; 3 nouvelles injections ; guérison.

Un depuis 8 mois (Observation VI) : 7 injections.

Un depuis 1 mois (Observation VII) : 14 injections.

Deux malades présentent une guérison temporaire.

Observation III : 15 injections.

Observation IV : 16 injections.

Un malade présente une amélioration marquée.

Observation II : 23 injections de calomel.

Deux malades voient leur état s'aggraver. Observations XII et XIV.

Les autres ont des améliorations plus ou moins marquées.

La lecture de ces observations suggère plusieurs remarques.

1°) L'hypothèse d'une syphilis ignorée n'est même pas discutée et pourtant on pourrait penser, en présence de guérison, à une syphilide tertiaire tuberculo-ulcéreuse ; on pourrait se demander si les cas d'amélioration ne concernent pas des faits d'hybridité ; car en définitive le travail de Leloir était paru depuis 6 ans quand Asselbergs fit ses recherches, et l'importance de cette étude ne permettait pas de la passer sous silence. Il fallait donc discuter ces deux hypothèses ; le fait seul de ne les avoir pas abordées ôte tout caractère de certitude aux conclusions d'Asselbergs. D'ailleurs il est un mode d'investigation auquel cet auteur ne semble pas avoir eu recours, c'est l'examen du fond de l'œil, qui permet souvent d'affirmer la syphilis.

2°) Les malades d'Asselbergs présentent-ils donc des symptômes tels que l'on puisse affirmer le diagnostic de lupus au seul nom de la clinique ? Il nous est difficile de tabler sur la majorité des observations qui nous sont présentées, puisque, dans la plupart, nous voyons seulement l'indication que le malade est atteint du lupus. Mais dans quelques cas, où les éléments du diagnostic sont précisés, nous pouvons y voir autant de raisons de le suspecter ; par exemple, il s'agit d'Alice D., âgée de 36 ans, atteinte d'une lésion qu'Asselbergs diagnostique lupus vulgaire. « La présence de nodosités et d'ulcérations lupiques, la longue durée de l'affection, l'extension progres-

sive du mal, l'absence de tout signe antérieur certain de syphilis justifiaient ce diagnostic. » Voilà une affirmation qui semble au moins contestable.

La syphilis peut donner des nodosités et des ulcérations analogues à celles du lupus et le diagnostic entre les deux peut être dans certains cas impossible. Il ne me semble pas qu'on puisse avoir une certitude absolue de lésion lupique ailleurs que dans les cas où les tubercules sont petits, absolument translucides, de teinte sucre d'orge, profondément enchâssés dans le derme (ce ne sont pas alors des nodosités) et surtout dans les cas où il y a de petits nodules isolés dans la cicatrice.

La longue durée de l'affection n'est pas un signe certain de lupus : certes, la rapidité du développement d'une lésion — quand il ne s'agit pas d'un lupus vorax — est un argument capital en faveur de la syphilis ; mais de ce qu'une lésion est ancienne, on ne peut conclure qu'elle n'est pas syphilitique. Il m'a été donné d'observer à l'hôpital Broca une ulcération linguale qui remontait à 7 ans et qui a merveilleusement obéi au traitement spécifique. Sur ce point d'ailleurs je puis invoquer l'autorité de Lang, qui, dans l'article cité plus haut, insiste sur le fait que la longue durée n'est nullement un argument absolu en faveur du lupus. Il cite le cas de deux malades de 28 et 24 ans, chez lesquels la lésion remontait à l'enfance et pour lesquels ils s'agissait parfaitement de syphilis, comme l'ont d'ailleurs confirmé des stigmates de syphilis héréditaire chez l'un, des commémoratifs de syphilis vaccinale chez l'autre.

Quant à l'extension progressive du mal, c'est un caractère que la syphilis peut présenter également : seulement, dans la syphilis, la cicatrice centrale ne présente plus d'éléments en activité, tandis que, dans le lupus, il est fré-

quent de trouver des tubercules isolés dans cette cicatrice. Dans les cas où la lésion progresse du centre à la périphérie en s'éteignant graduellement au centre, il y a là un sérieux élément de diagnostic. Mais l'extension progressive des lésions en elle-même ne constitue un argument ni pour, ni contre la syphilis. L'absence de tout signe antérieur certain de syphilis n'est pas davantage une raison suffisante pour faire abandonner l'idée de cette maladie : d'autant plus que — comme je l'ai déjà dit — il ne semble pas que l'examen des yeux, si fécond souvent en renseignements, ait été pratiqué.

Ajoutons à cela qu'au point de vue du lupus, il n'y a eu ni biopsie ni inoculation.

Ceci n'est qu'un exemple, mais les autres démonstrations ne paraissent guère plus démonstratives et pour les mêmes raisons.

En outre il est à noter que l'action sur le lupus attribuée au calomel par le médecin belge n'a rien de caractéristique ; c'est celle même du mercure sur les syphilides tuberculo-ulcéreuses, où nous voyons toujours les ulcérations et les infiltrats périnodulaires disparaître avant les tubercules syphilitiques qui ne cèdent qu'en dernier lieu.

Au sujet des améliorations, plus ou moins marquées, dont Asselbergs fait honneur au calomel, il me semble qu'une remarque s'impose : devant la longue durée du traitement suivi par certains malades et la lenteur de l'action attribuée au calomel, il me paraît difficile de soutenir qu'il y a toujours eu relation de cause à effet entre l'amélioration observée et le traitement suivi. Pour cela, il faudrait que nous sachions s'il n'y a eu aucune application locale ; on sait avec quelle facilité on obtient des modifications d'apparence dans certains lupus avec les topiques les plus

simples. — Les soins d'antisepsie et d'asepsie, qui sont de rigueur en pareil cas, suffisent souvent à eux seuls pour obtenir des améliorations, parfois appréciables, en diminuant la part des infections surajoutées. N'y aurait-il eu aucune application de topique, ce qui est possible, aucun soin d'asepsie ou d'antisepsie, ce qui est moins vraisemblable, il faudrait encore prouver que les résultats attribués au calomel ne sont pas dus aux conditions hygiéniques différentes où se trouve le lupique à l'hôpital. Le repos, la bonne nourriture ont certainement une influence sur la marche de l'affection, sans compter que, les conditions d'hygiène n'ayant pas varié, on peut observer des modifications favorables qui donnent l'impression d'être spontanées et qui sont attribuables, dans bien des cas, aux changements de saison, aux changements de température.

M. Jacquet a bien montré tout récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, quel bénéfice un lupique pouvait obtenir d'un pansement maintenant autour de sa lésion une chaleur toujours égale.

Les mêmes observations nous viennent à l'esprit en lisant les thèses de Pavie et de Husson ; c'est toujours la même difficulté de tabler sur des descriptions trop sommaires, supposant démontré justement ce qu'il s'agit de prouver : le diagnostic de *lupus*.

La formule : amélioration, qui y revient sans cesse, ne nous renseigne guère sur les modifications attribuées au calomel.

La même remarque s'adresse aux trois cas publiés par Mario Truffi, mais ici l'histoire d'un de ses malades, le second, évoque immédiatement l'idée d'une affection syphilitique.

Faute de vouloir parler le langage de la dermatologie,

de condescendre à décrire des lésions élémentaires, ces différents auteurs n'arrivent pas à entraîner la conviction : il est impossible de croire à l'action du calomel sur le lupus à la lecture de leurs travaux.

Une seule des observations dont ils font état échappe à ce reproche : elle est de M. du Castel, mais elle est loin de nous donner l'impression d'une modification aussi rapide et aussi profonde que celle que l'on observe dans la syphilis.

Nous trouvons des indications plus précises dans la thèse de Creutzer (1); l'auteur attaque carrément la valeur diagnostique du traitement mercuriel sous toutes ses formes : suivant lui, il ne peut servir en aucune façon à faire le diagnostic des syphilides lupiformes d'avec le lupus. A l'appui de son dire, il apporte une série de 13 observations qui se répartissent de la manière suivante :

Un cas de guérison (Observation XX).

Quatre améliorations considérables (Observations XXII, XXIII, XXIV, XXV).

Trois améliorations légères (Observations XXVI, XXVII, XXVIII).

Cinq succès.

Voyons d'abord les quatre cas d'amélioration, et quels sont les résultats obtenus. Dans l'observation XXII, il s'agit d'un lupus de la face étendu et ancien qui, à la suite de quarante injections de calomel, présente les modifications suivantes : l'infiltration a disparu; les ulcérations se sont cicatrisées en grande partie; les tubercules qui persistent ont diminué de volume.

Peut-on dire, comme le fait l'auteur, qu'il s'agisse d'une amélioration qui équivaut à une guérison?

(1) CREUTZER. — Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'iodure et principalement par les injections intra musculaires d'huile grise. Lille, 1898.

Chez le malade qui fait l'objet de l'observation XXIII, 22 injections d'huile grise déterminent l'assouplissement des tissus envahis par le lupus « la lèvre supérieure très tuméfiée, qui était en quelque sorte immobilisée par l'infiltrat tuberculeux, s'est amincie et a repris en grande partie sa mobilité normale. »

Néanmoins il fallut procéder au raclage et à la galvano-cautérisation.

L'observation XXIV est infiniment plus intéressante ; la malade fut mise à la liqueur de van Swieten (20 gr. par jour) et à l'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour. L'inoculation fut pratiquée au cobaye ; elle détermina un chancre d'inoculation et on constata la dégénérescence caséeuse de deux ganglions mésentériques. Le résultat thérapeutique fut le suivant : « l'infiltrat des tissus malades a notablement diminué : les ulcérations sont cicatrisées en grande partie ; la couleur de la lésion, qui était d'un rouge sombre, est devenue plus claire. Les tubercules lupiques paraissent peu influencés ; ils sont même plus apparents, surtout à la partie antérieure du placard gauche.

Dans l'observation XXV, nous voyons que le traitement a amené une « amélioration très accentuée : l'infiltrat a disparu, les tubercules se sont affaîssés. » L'hospitalisation avait duré trois mois.

Ainsi donc, d'une manière générale, ces observations sont passibles des mêmes critiques que celles d'Asselbergs, bien que plus précises que ces dernières. C'est toujours d'un traitement très long qu'il s'agit ; la relation de cause à effet entre l'amélioration et la thérapeutique employée ne s'impose pas ; elle serait en tout cas beaucoup plus apparente que réelle, portant sur les ulcérations, sur l'infiltration des tissus, impuissante contre les

tubercules, ce qui la différencie de celle de la syphilis des mêmes régions ; et d'ailleurs les modifications des lésions peuvent tenir à toutes les causes que j'ai passées en revue plus haut.

L'observation XXIV mérite une remarque spéciale. Bien que l'amélioration produite n'ait pas été plus profonde que dans les autres cas, elle présente cette particularité d'être consécutive à un traitement d'un mois par la liqueur de van Swieten et l'iodure de potassium : or, devant le succès supposé de cette médication généralement moins efficace que les frictions ou les injections, c'était le cas ou jamais de poser la question de l'hybridité ; il me semble qu'elle devait être discutée ; elle ne l'a pas été ; c'est une nouvelle cause d'erreur qui s'ajoute aux autres et qui n'est pas élucidée. Faut-il faire remarquer combien il est étrange que cette hypothèse n'ait pas été discutée pour un malade traité dans le service même où l'enseignement de Leloir avait jeté un si vif éclat ?

Les modifications relevées comme améliorations considérables nous dispensent d'insister sur les améliorations légères : l'une d'elles d'ailleurs concerne une ancienne syphilitique ; pas plus que pour la précédente, l'hypothèse d'une hybridité n'a été posée.

Il faut maintenant revenir sur le cas de guérison : il s'agissait d'une lésion considérée comme un type de lupus érythématoïde en papillon ; il avait déjà subi deux grattages avec récidive ; des frictions mercurielles à la dose de quatre grammes par jour avec quatre grammes d'iodure de potassium à l'intérieur amenèrent la guérison absolue au bout d'un mois. Il me semble que la première idée qui devait s'imposer au médecin en pareil cas, c'était de suspecter la légitimité du diagnostic porté. Creutzer, je le sais, s'élève contre cette manière de voir, mais on pour-

rait faire remarquer qu'en procédant comme il le fait, sous prétexte de vouloir maintenir les droits de la clinique, on arriverait à détruire les édifices les plus solidement établis sur la clinique même, et les manifestations si protéiformes de la syphilis pourraient être dissociées immédiatement en de multiples dermatoses sans lien entre elles ; le coup d'œil clinique le plus juste ne permet pas toujours d'affirmer la syphilis sur l'aspect objectif d'une lésion ; dans la pratique, on s'en rapporte à l'épreuve du traitement et la guérison complète et rapide est en faveur de la syphilis. Pour démontrer que cette manière de faire est entachée d'erreur, il faudrait au moins avancer un fait dont la nature tuberculeuse fut au-dessus de toute discussion, comme elle pourrait l'être après un examen histologique et une inoculation. Mais il est vraiment excessif de vouloir faire suspecter un principe consacré par l'expérience de bien des générations de dermatologistes d'après un seul fait, examiné par un seul dermatologiste. Il me semble que le raisonnement scientifique exige qu'on n'attaque pas des règles considérées comme certaines, sans pouvoir les mettre en contradiction avec des faits rigoureusement certains.

Nous trouvons encore des documents intéressants dans la thèse de Louis Cabrol (1) qui constitue un travail de réelle valeur. L'auteur apporte trois nouvelles observations. Il en est une qui évoque naturellement l'idée de la syphilis ; il s'agit d'un *lupus ulcéreux* de la face qui occupe les deux tiers inférieurs du nez, empiétant sur la joue gauche, et guérit en soixante jours sous l'influence du sirop de Gibert.

(1) CÀBROL. — Contribution à l'étude du traitement du *lupus* par les préparations mercurielles et en particulier par les injections de calomel. Montpellier 1899.

Chez un autre malade, des lésions étendues de la face, du cou, de la bouche, ont guéri après 11 injections de calomel : la même incertitude plane sur la réalité du diagnostic ; chez le jeune homme de 18 ans on aurait plutôt l'impression d'une manifestation de syphilis héréditaire.

Mais le premier malade dont il donne l'observation aurait guéri presque intégralement, sous l'influence de la même thérapeutique : or il avait présenté une réaction générale et locale à la tuberculine ; quant au diagnostic histologique, il avait été celui d'association de lupus et d'épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques (1).

C'est l'observation la plus probante que j'ai trouvée en faveur de l'efficacité du calomel : or, voici ce qu'en dit son auteur lui-même : « Mais si, chez cette malade, est prouvée la présence d'éléments lupiques, l'unité tuberculeuse de la lésion ne l'est pas. Pouvons-nous affirmer, en effet, que le processus n'est pas mixte (c'est-à-dire syphilo-tuberculeux), que le lupus n'a pas évolué sur un terrain syphilitique ?... Et dès lors, en présence d'une amélioration par le calomel de lésions fermement diagnostiquées lupiques et par la clinique et par le laboratoire n'est-on pas en droit de songer à la possibilité d'une affection syphilo-tuberculeuse, d'une évolution de lupômes sur un terrain héréditairement syphilitique ?

« Une semblable opinion explique du reste parfaitement l'action thérapeutique limitée du mercure, capable de provoquer une amélioration, non une guérison complète, ce qui est dû à la syphilis disparaissant promptement sous l'influence du traitement, les éléments lupiques lui

(1) Ne s'agirait-il pas plutôt d'un lupus épithéliomatoïde, c'est-à-dire de cette variété cherchée par Bush en 1872, par Schutz en 1885 et qui est difficile à différencier, au point de vue histologique, du lupus compliqué d'épithélioma. L'âge de la malade (25 ans) et la guérison seraient en faveur de cette interprétation.

résistant victorieusement (persistance constante des nodules dans la zone de propagation) et reprenant bientôt le plus souvent leur marche envahissante momentanément interrompue.

« Cependant nous tenons à constater que, sur le malade dont nous publions l'observation en tête de ce travail, un processus très net de sclérose a été observé dans l'intimité des nodules qui avaient eu l'air de résister victorieusement aux injections de calomel. En effet, pendant la scarification de ces nodules, le bistouri se heurtait à des travées fibreuses résistantes indiquant le début certain de la régression des éléments lupiques.

« C'est là, me semble-t-il, un argument qui a sa valeur en faveur de l'action antilupique du traitement mercuriel interne » (1).

Meyer a consacré une thèse toute récente à la question de la valeur des injections mercurielles dans le lupus et la lèpre (2). Il est inutile de le suivre sur ce dernier terrain ; mais, au risque d'allonger outre mesure cette analyse, il n'est pas sans intérêt de résumer rapidement les cinq observations qu'il consacre au traitement mercuriel du lupus. Rarement on aura de plus sérieux motifs d'interpréter les faits étiquetés lupus comme des syphilides lupoides.

OBSERVATION VIII

Traitement mercuriel du lupus

Son premier malade a eu un chancre « qui ne paraît pas avoir été de nature syphilitique. » La lésion, qui remonte à 9 mois, a envahi

(1) On peut se demander si le fait en question est vraiment bien observé, si réellement il a succédé à un état de friabilité caractéristique des éléments ; dans le cas contraire, ce serait un argument en faveur du caractère mixte de la lésion et on serait en présence du signe indiqué par M. Brocq.

(2) MEYER. — De la valeur thérapeutique des injections des sels de mercure dans le lupus et la lèpre. Montpellier, 1904.

tout le nez, qui est le siège d'une tuméfaction diffuse et présente une coloration rouge violacé. Le bord libre des deux narines et de la cloison est constitué par une vaste ulcération qui empiète très légèrement sur les joues. Cette ulcération est recouverte d'une croûte épaisse jaunâtre qui tranche vivement par sa couleur. Audessous, la muqueuse nasale est ulcérée et saigne facilement. Les bords en sont irréguliers, dentelés, entourés d'une zone d'infiltration et d'inflammation, où l'on aperçoit plusieurs petits tubercules transparents sucre d'orge. Une grande partie de l'aile droite du nez est détruite et le processus gagne la joue, où se trouvent quelques petits tubercules isolés. La présence de ces éléments lupiques caractéristiques fait porter le diagnostic de *lupus tuberculo-ulcéreux*.

Dès les deux premières injections, l'effet est saisissant : la tuméfaction et l'infiltration diminuent autour de l'escarre produite par le permanganate (on fait des applications quotidiennes de permanganate en poudre); la coloration rouge du nez semble s'atténuer. Sous l'influence de ce traitement, les tissus du nez reprennent peu à peu leur volume et leur coloration normaux, les ulcérations se comblent, et, le 12 juillet (le malade est entré le 15 avril, après avoir reçu neuf injections de calomel, le malade quitte la clinique avec des lésions en voie de cicatrisation complète.

La rapidité du développement, en égard à l'étendue des lésions, est un indice de syphilis : l'application du permanganate en poudre peut améliorer un *lupus*. Est-ce un *lupus*, une syphilide, une hybridité, il est impossible de conclure, mais je ne crois pas qu'on puisse, avec Meyer, interpréter le fait comme un *lupus* guéri par le calomel.

OBSERVATION IX

Traitement mercuriel du lupus

Elle concerne un Arabe de 18 ans, atteint d'un vaste *lupus* de la joue gauche ; toute la surface en est ulcérée et recouverte de croûtes jaunâtres qui empêchent de voir le fond. Tout autour, zone d'infiltration rouge vif avec nodules caractéristiques. La lésion

date de 10 mois. Guérison par 10 injections de calomel. Permanganate en poudre en applications quotidiennes.

Cette observation ne suggère-t-elle pas les mêmes remarques que la précédente ?

OBSERVATION X

Traitement mercuriel du lupus

Arabe. Lupus ulcéreux de la joue droite avec vaste infiltration de la lèvre supérieure et nodules caractéristiques.

La lésion date d'un an et demi. Probabilité de syphilis. 6 injections de calomel. Permanganate en poudre.

Le malade sort très amélioré; sa lésion est en voie de cicatrisation complète; quelques nodules lupiques persistent.

Même remarque que précédemment avec probabilités plus fortes en faveur de la syphilis.

OBSERVATION XI

Traitement mercuriel du lupus

Kabyle. Lésion très ancienne. Le nez n'est plus qu'un appendice informe, à moitié rongé, affaissé sur sa base, percé comme par des trous d'épingle, semé de petits tubercules en pleine évolution.

On voit des agglomérats de nodules lupiques, très exubérants, sur toute l'étendue de la lèvre supérieure et sur les deux joues. A leur niveau et sur presque toute l'étendue de la face, la peau est le siège d'une infiltration diffuse.

Sur le cou et le thorax du patient, il y a des lésions tuberculeuses ouvertes et de vieilles cicatrices; de même, sur les membres supérieurs et les deux jambes. On y constate la présence de macules pigmentées et de déformations osseuses qui pourraient bien être des manifestations d'hérédo-syphilis.

Après 9 injections de calomel, il est, sinon guéri, du moins tellement amélioré qu'il demande son exeat.

OBSERVATION XII

*Vaste lupus occupant presque toute la face, ayant atteint
les deux ailes du nez*

Lors de son entrée, tous les tissus de la joue sont le siège d'une infiltration diffuse ; une vaste ulcération occupe le nez et la joue droite, remontant jusqu'à la paupière inférieure. L'oreille gauche est envahie par le processus ulcéro-tuberculeux.

7 injections de calomel ; pansement avec une solution de permanganate de potassé à 1/50.

Disparition de l'infiltration ; les ulcérations sont fermées en partie ; toutes les lésions sont en voie de cicatrisation complète.

Ici les probabilités sont en faveur d'un lupus vrai ; mais il n'est pas une des modifications notées que ne puisse produire le permanganate (1).

Encore une fois, je ne nie pas que le calomel ne puisse agir dans une certaine mesure sur le lupus ; je nie simplement le caractère démonstratif des travaux qui tendent à le démontrer. Pour être en droit de le nier, il faudrait avoir fait la contre-épreuve et ce n'est pas chose facile. C'est qu'il n'est pas aisé de faire pendant six mois des injections de calomel à des malades qui n'en constatent pas facilement le bénéfice, à supposer qu'il existe. Quatre ou cinq fois, sur les conseils de M. Brocq, j'ai commencé le traitement d'Asselbergs : je n'ai jamais pu aller au-delà de trois à quatre injections ; mais je dois dire que dans

(1) Voir encore sur le même sujet :

CHARMEIL. — Traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intramusculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur. *Fécho Medical du Nord*, 19 juillet 1898.

SCARENZIO (Aug.). — *Giornale italiano delle malattie venerei e della pelle*, 1898. Valeur diagnostique des injections intramusculaires de calomel.

aucun de ces cas, les lupus ainsi traités n'ont présenté d'amélioration, alors qu'une lésion syphilitique eût disparu presque entièrement avec la même médication. Ces faits permettent au moins de tirer cette conclusion que, si le calomel agit dans le lupus, c'est avec une lenteur qui contraste singulièrement avec sa rapidité d'action dans les infiltrats spécifiques : et c'est déjà un premier point que nous pouvons retenir et qui nous permet de sauvegarder la valeur du traitement d'épreuve par le calomel.

Voyons maintenant ce qu'il en est pour les injections solubles, que d'ailleurs on n'a pas encore fait entrer dans la thérapeutique du lupus.

Sur ce point, mon expérience est plus complète : à plusieurs reprises, dix ou douze fois, j'ai pu faire des injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre chez des lupiques, chaque fois quinze injections environ, toujours sans aucun résultat appréciable, et c'est justement ainsi que j'ai pu me mettre en garde contre les guérisons apparentes que je signalais tout à l'heure ; dans quelques cas, en effet, les premiers jours, on croyait constater un léger mieux ; mais la malade était nettoyée, pansée, hospitalisée, et le mieux qu'on mettait sur le compte du traitement mercuriel n'augmentait pas finalement, on constatait l'échec de cette médication.

Voici un exemple de ces améliorations apparentes.

OBSERVATION XIII

Lupus traité par le cyanure de mercure

Mathilde B..., âgée de 15 ans.

C'est une fillette qui est venue se faire soigner depuis l'âge de 10 ans à l'hôpital Broca : elle y a fait plusieurs séjours trop courts

chaque fois pour qu'on pût entreprendre un traitement efficace ; la collection de M. le Docteur Sottas contient des photographies faites à l'âge de 10 ans et à l'âge de 13 ans.

L'affection a toujours été étiquetée *lupus*.

Voici l'histoire abrégée de cette maladie. Début à l'âge de cinq ans, le nez a été progressivement envahi, puis la lèvre supérieure ; la cloison médiane du nez est en partie détruite ; dans l'ensemble l'organe est aplati et dévié à droite, et cela depuis l'âge de 10 ans. A plusieurs reprises, elle eut des abcès de la région cervicale qui guérissaient spontanément, après s'être spontanément ouverts.

Depuis cinq ans, de nouveaux abcès sont survenus, beaucoup plus nombreux que jamais ; ils siègent au cou, aux joues, au-devant de la poitrine.

Entrée le 15 avril dernier à l'hôpital, elle s'y présente dans un état de saleté épouvantable et couverte de phtiriasse. Le nez, dont nous avons décrit les déformations, est le siège d'une infiltration rouge sombre, présentant une apparence vernissée et lisse.

Les nodules sont difficiles à voir au milieu de cette congestion des tissus. L'extrémité du nez est à vif, recouverte par une sérosité suintante. En un point tout à l'extrémité, il existe un certain degré de papillomatose qui s'accompagne d'un suintement purulent.

La même rougeur empiète sur chacune des joues. Sur ce fond uniformément rouge du nez et des joues existent de petits abcès miliaires.

Les voies lacrymales sont envahies, et le diagnostic de M. Sulzer a été celui de tuberculose des voies lacrymales.

Même apparence rouge et suintante au-devant des deux oreilles, où l'on relève de nombreuses ulcérations arrondies à bords non décollés, non taillés à l'emporte-pièce, à fond sanieux.

Mêmes ulcérations nombreuses sur le cou, sur le devant de la poitrine ; par places, elles présentent un peu de papillomatose.

Nombreuses traces de cicatrices anciennes.

Sur le cou, on observe de semblables tubercules, gros, saillants, surélevés, couverts d'une croûte d'une teinte rouge cuivrée —

comme on peut en voir dans la syphilis — mais comme on en observe aussi dans le lupus.

Ces tubercules, la tendance des ulcérations à la cicatrice éveillèrent l'idée d'un fond de syphilis héréditaire méconnu : la malade fut mise aux injections intraveineuses, en même temps qu'elle était nettoyée, désinfectée, pansée : les trois ou quatre premiers jours, on note une amélioration manifeste, d'abord mise sur le compte du traitement mercuriel ; mais cette amélioration apparente ne tarde pas à s'arrêter ; les lésions restent stationnaires et l'on arrive à cette conclusion que les pansements humides, les soins de propreté, la bonne nourriture et le repos étaient les seuls facteurs du mieux observé. Il n'y avait eu qu'une diminution de la rougeur, du suintement, une tendance assez marquée à la cicatrisation de quelques ulcérations ; mais les tubercules, l'infiltrat n'avaient pas changé. Il paraît vraisemblable que l'atténuation des infections surajoutées était pour beaucoup dans le changement d'aspect de la malade, lequel était très réel, mais n'impliquait aucune régression des éléments réellement constitutifs de la lésion.

C'est précisément parce que je suis convaincu qu'on ne peut attribuer aux injections solubles la guérison du lupus que j'ai tenu à recourir à ce mode de traitement pour conserver à ces recherches un caractère absolument démonstratif, et si, une fois, j'ai employé le calomel, c'est dans un cas (Observation III) où la syphilis était particulièrement certaine, et où le caractère mixte des lésions avait été démontré par l'efficacité des injections de cyanure.

En résumé, on peut admettre que le calomel, dans certains cas de lupus, a une légère influence sur les infiltrats périnodulaires : cette action est extrêmement lente, toujours partielle ; elle est analogue sans doute à celle que M. Darier a signalée dans certains cancroïdes, où il a vu ces injections diminuer l'infiltration plasmatique autour du néoplasme et permettre de mieux préciser l'étendue et

la profondeur réelle de l'épithéliome (1). La lenteur de ce traitement contraste avec la rapidité d'action et l'efficacité de la même médication dans les syphilides tuberculeuses, et déjà nous avons, de ce fait, un élément de diagnostic capital.

Quant aux injections solubles, elles sont totalement impuissantes à modifier en quoi que ce soit le lupus. Aussi je me crois autorisé à affirmer que lorsqu'une malade sûrement syphilitique présente une lésion tuberculeuse (au sens dermatologique du mot) et que cette lésion guérit rapidement sous l'influence du traitement spécifique, c'est qu'elle est de nature syphilitique : si, au contraire, cette lésion, après s'être sensiblement amendée, finit par présenter tous les caractères du lupus, il faut en conclure qu'il y avait une lésion mixte, que la partie qui a disparu (nodules et infiltrat périnodulaire) était de nature syphilitique, que celle qui a résisté est de la scrofulo-tuberculose cutanée.

Du reste, il est intéressant de mettre en regard de ces hybrides des cas où il y avait simplement coexistence de lupus et de syphilis chez le même individu.

OBSERVATION XIV, *résumée*
Syphilides secondaires et lupus
(personnelle)

Tout récemment j'ai pu étudier, à la salle Culleries, une malade en pleine poussée de syphilides secondaires, le début de l'affection ne remontant pas au-delà de 4 à 5 mois, et chez laquelle il existait de longue date un lupus de la joue d'une dimension d'une pièce de cinq francs. Sous l'influence du traitement hydrargyrique, nous avons vu les lésions des muqueuses disparaître comme il est de règle : quant au lupus, il présentait les mêmes apparences

(1) *Annales de Dermat. et de Syphilig.*, décembre. 1900, p. 1225.

avant et après le traitement. Ce cas répond bien, il me semble, à l'objection qui voudrait faire des hybrides de simples cas de lupus améliorés par le mercure chez des individus atteints de syphilis. Il est très possible d'ailleurs que chez cette malade se constitue plus tard une lésion mixte, quand sa syphilis sera entrée dans sa période tertiaire.

L'observation suivante n'est pas moins démonstrative.

OBSERVATION XV

Scrofulo-tuberculose de la face et du cou. Syphilis héréditaire
(personnelle)

Jeanne P..., âgée de 15 ans.

Enfant assistée, élevée au biberon à la campagne. Les commémoratifs manquent d'une manière complète. L'enfant aurait été malade étant toute petite ; on lui a donné du sirop de Gibert et elle semble avoir été toujours traitée comme une syphilitique héréditaire.

Vers l'âge de 10 ans, elle aurait présenté une lésion du nez (suintement et formation de croûte) à la suite de laquelle serait survenue la déformation qu'elle présente actuellement.

Un an après, il se produit une ulcération du côté droit du cou qui débute au niveau de l'angle de la mâchoire et gagne progressivement la commissure labiale droite : la lèvre supérieure a été envahie dans sa totalité, puis une nouvelle ulcération s'est produite le long du nez, en traînée irrégulière qui est descendue perpendiculairement sur la lèvre supérieure, au niveau de la commissure labiale droite et un peu en dedans d'elle.

L'enfant présente en outre une arthrite du genou qu'elle rapporte à une chute faite il y a quatre mois, laquelle l'aurait obligée à garder le lit pendant 15 jours.

Mais cette chute, si tant est qu'elle ait joué un rôle, n'a pu que donner un coup de fouet à une lésion déjà existante, car il y avait déjà du gonflement de l'articulation, quand cet accident a eu lieu.

Examinée à son entrée à l'hôpital, l'enfant se présente dans l'état suivant : elle est physiquement peu développée pour son âge ; elle n'est pas encore réglée et présente toutes les apparences de l'infantilisme. L'intelligence est normale. A première vue, l'aspect olympien du front, l'effondrement des os du nez, la kératite interstitielle du côté droit, l'apparence légèrement hutchinsonnienne des incisives médianes supérieures, éveillent immédiatement l'idée d'une spécificité héréditaire et oriente dans ce sens le diagnostic de la lésion cutanée étendue qu'elle présente.

Celle-ci dans l'ensemble occupe la région cervicale antérieure et la face.

A la région cervicale, elle s'étend d'un angle maxillaire à l'autre. Mais elle n'est pas continue et est constituée par des cicatrices séparées par des intervalles de peau saine.

Au niveau de l'angle maxillaire droit, cicatrice déprimée avec tractus cicatriciels, peau adhérente aux plans sous-jacents : lésion définitivement constituée ; par places, la cicatrice a une apparence chéloïdienne.

Cette apparence est encore plus accentuée à la région sus-hyoïdienne où il existe une seconde cicatrice analogue à la première.

Du côté gauche, existe une lésion qui est encore en évolution : c'est une ulcération assez profonde à fond croûteux, nullement suintant, entouré d'une zone rouge ; l'aspect est celui d'une ulcération consécutive à la fonte d'un ganglion tuberculeux qui serait en voie de cicatrisation.

Il existe une cicatrice au niveau du creux sus-sternal qui a toute l'apparence d'une cicatrice tuberculeuse.

Les lésions les plus intéressantes sont celles de la face. De la commissure labiale droite à l'angle maxillaire du même côté, rejoignant la cicatrice précitée, est un large tractus cicatriciel, dessinant une courbe à concavité supérieure ; le travail de réparation y est récent, ce que traduit la présence de tissu jeune avec télangiectasies alternant avec des points de cicatrisation ancienne et définitivement constituée. Cette cicatrice, après avoir rejoint la commissure qu'elle affleure, regarde le sillon naso-génien. A ce niveau,

c'est-à-dire dans la partie qui est située au-dessus de la lèvre, la cicatrisation est encore plus récente et n'est pas terminée en deux points qui sont recouverts par une croûte noirâtre assez mince, mais très adhérente et enchâssée dans les téguments ; par la vitropression on n'arrive pas à mettre en évidence des nodules lupiques.

Les lésions de la lèvre sont constituées de la manière suivante : Dans sa partie médiane, elle est en partie rongée et présente à ce niveau une ulcération végétante, recouverte de croûtelles par places, au pourtour de laquelle font saillie des bords décollés, formant un bourrelet semi-lunaire, assez épais, et profondément infiltrés. Sur ce bourrelet existent également des croûtelles adhérentes, d'une coloration jaune brunâtre. Par places, il est coupé par des tractus cicatriciels. En deux points, ces tractus sont plus accentués, traversant la portion ulcérée et bridant le bord libre de la lèvre supérieure qui fait encoche à leur niveau.

En outre, à chaque commissure, on voit de profondes fissures ulcérées, suintantes, à bords taillés à pic, et, du côté gauche, au-dessus de la commissure, existe une ulcération profonde de 1 centimètre, large de deux environ, que l'on n'aperçoit pas quand la bouche est fermée, mais dont les deux bords s'écartent quand on la fait ouvrir. On voit alors qu'elle n'est que l'extrémité gauche de la profonde ulcération médiane déjà décrite.

En somme, l'aspect est celui de la tuberculose cutanée torpide, du scrofulo-derme, avec quelque point rappelant le lupus de la lèvre.

Effondrement des os du nez : disparition de la cloison médiane.

Œil gauche. — Traces d'irido-kératite guérie. Adhérence de l'iris. Infiltration centrale de la cornée.

Œil droit. — Ancienne chorio-rétinite périopillaire : grands foyers et petits foyers à la périphérie. Le tout, fort probablement d'origine hérédosyphilitique. Vestiges de membranes pupillaires. (*Examen de M. Sulzer*).

Genou. — Augmentation de volume du fémur au niveau de son extrémité inférieure et remontant à une certaine hauteur.

Le tibia est pris également, mais à un moindre degré.

Pas de fongosité synoviale : pas d'hydarthrose.

Pas de tuberculose pulmonaire ni viscérale d'aucune sorte.

Une série de 15 injections de biiodure de 1 centigramme $1/2$ n'a amené aucun résultat appréciable. Il s'agit donc, suivant toute vraisemblance d'une tuberculose de la face et d'une tuberculose articulaire développée chez une hérédo-syphilitique. Il y a simple superposition de deux affections sans corrélation entre leurs différentes manifestations. C'est ce que confirme l'évolution ultérieure : le traitement local au moyen de préparations salicylées, pyrogallées, créosotées amène la guérison des ulcérations.

Néanmoins la syphilis héréditaire était encore en voie d'évolution, car le traitement hydrargyrique a donné des résultats au point de vue des lésions oculaires, et l'examen pratiqué par M. Sulzer montre que l'exsudat pupillaire est en voie de résorption.

Cette observation, ainsi que celle qui la précède, montre bien, me semble-t-il, toute la différence qu'il y a entre ces simples cas de coexistence des lésions tuberculeuses et syphilitiques chez le même sujet et ceux où les deux affections sont étroitement unies pour former un même infiltrat.

En dernière analyse on peut résumer ainsi le caractère différentiel dû au traitement. Dans le cas où il y a une lésion hybride, les injections de sels solubles agissent d'une manière remarquable ; l'amélioration est profonde, patente, elle frappe le médecin et l'entourage du malade. Celui-ci peut suivre de jour en jour pour ainsi dire les progrès de sa guérison. Mais, à un moment donné, il y a un arrêt absolu dans la marche de la guérison, et cet arrêt coïncide avec des modifications cliniques qui n'échappent pas à l'observateur le moins exercé. Avant le traitement, on avait peut-être pensé davantage au lupus

ou incliné vers la syphilis suivant les cas ; mais on n'était franchement ni dans l'un ni dans l'autre ; une analyse minutieuse des caractères dermatologiques des lésions ne faisait qu'élever des doutes autour d'un diagnostic qu'un examen rapide avait pu faire porter d'une manière ferme ; ce n'était plus qu'un diagnostic de probabilité. Après le traitement, au contraire, au moment où le mercure semblait avoir épuisé son action, les caractères du lupus sont à l'état de pureté ; plus tard peut-être, comme nous le verrons et pour les motifs que j'exposerai plus loin, ils pourront être troublés de nouveau. Mais à cette période précise où la médication hydrargyrique semble avoir donné tout ce qu'elle pouvait donner, ils sont d'une netteté absolue. Manifestement on a enlevé un élément surajouté qui modifiait les apparences de la scrofulo-tuberculose interne ; cet élément, nous le savons maintenant, était apporté par la syphilis dont l'infiltrat, se surajoutant à l'autre, constituait une lésion hybride, qui, ayant les caractères de deux affections différentes, n'offrait plus aucun élément sur lequel on pût asseoir un diagnostic d'une manière incontestable. Si, au contraire, cette médication hydrargyrique s'était adressée à un lupus vrai, on n'en obtenait aucun bénéfice ; la lésion restait stationnaire ; et cette immobilité devant le mercure contrastait de la manière la plus démonstrative avec la régression des manifestations syphilitiques, dans les cas où les deux maladies se trouvaient réunies sur un même organisme.

CHAPITRE V

Différenciation des hybrides lupo-syphilitiques et des syphilides tuberculeuses

Nous avons vu que parfois les caractères syphilitiques pouvaient dominer le tableau clinique de l'hybridité lupo-syphilitique. Alors, si on n'a pas à l'esprit la pensée d'une forme mixte, et si on veut à tout prix choisir entre le lupus et la syphilis, c'est à ce dernier diagnostic que l'on est tenté de s'arrêter. C'est ainsi que, dans l'observation IV, l'apparence plaiderait si bien pour une lésion tertiaire et l'action du traitement hydrargyrique fut si évidente qu'on aurait pu objecter, ainsi que je l'ai dit plus haut, que la syphilis était seule en cause ; j'ai déjà montré pour quels motifs le lupus dans le cas particulier était certain ; néanmoins il ne sera pas inutile de rapporter quelques exemples de syphilides tuberculeuses affectant les mêmes régions que celles où les hybrides ont été constatés ; on saisira mieux ainsi les caractères cliniques qui séparent la forme simple de la forme composée, et en examinant comment l'une et l'autre se comportent devant la médication spécifique, on pourra toucher du doigt, pour ainsi dire, la différence qu'il y a entre l'action radicale du mercure dans un cas et son action manifeste, incontestable, mais toujours partielle, dans l'autre.

OBSERVATION XVI

Syphilide lupiforme du nez et de la lèvre supérieure

Aline P..., ménagère, 35 ans.

A. H. — Mère asthmatique : néanmoins bonne santé habituelle.

Le père se porte bien.

3 frères et sœurs tous très bien portants.

A. P. — La malade n'a pas eu de maladies graves dans son enfance.

Réglée à 13 ans :

Mariée à 17 ans :

La première grossesse se termine par une fausse-couche de six mois, ainsi que la seconde ; la troisième et la quatrième se terminent à terme par l'accouchement d'un enfant vivant qui meurt, dans les deux cas, au bout de quarante jours.

La mère attribue ces morts à une « éruption de vaccin », qu'auraient présentée ces deux enfants, éruption qu'elle aurait contractée.

Les grossesses suivantes se terminent par l'accouchement à terme d'enfants vivants et bien portants qui ont actuellement 8, 6, 4 et 2 ans.

La malade se plaint de dysménorrhée depuis son dernier accouchement.

Le mari serait bien portant : mais les renseignements précis font défaut.

Histoire de la maladie actuelle

Il y a un an, à la suite d'un coryza en apparence banal, il se forma des croûtes dans les narines qui s'étendirent peu à peu sur la lèvre supérieure, constituant un large placard pour lequel la malade a été consulter deux médecins : ceux-ci prescrivirent des applications d'eau boriquée et des pulvérisations.

Les lésions ont augmenté progressivement et, quand la malade vint consulter le 15 mars 1903, elles sont dans l'état suivant :

La lésion occupe la lèvre supérieure dans sa presque totalité : dans l'ensemble, elle s'étend d'une commissure à l'autre à sa partie inférieure, d'une narine à l'autre dans sa partie supérieure ; à

gauche, elle empiète sur la narine qu'elle recouvre dans sa presque totalité. A gauche et à droite, elle est circonscrite par deux lignes s'étendant de la narine à la commissure labiale de chaque côté, lignes irrégulières limitant la lésion en formant un liseré festonné, découpé en arcades arrondies.

La lésion, examinée plus en détail, se présente avec les caractères suivants :

Lèvre supérieure. — Placard d'un rouge vineux, surélevé au-dessus des téguments sains : sur ce fond rouge sont fortement attachées d'épaisses croûtes jaunâtres siégeant au-dessous des narines. La teinte rouge uniforme est traversée par des tractus cicatriciels blanchâtres, irrégulièrement disposés, comme s'il y avait eu des incisions au bistouri, ou mieux au galvanocautère. La malade dit qu'elle n'a eu aucune intervention de ce genre et attribue ces tractus à la cicatrisation de croûtes survenues antérieurement et analogues à celles que je viens de relever. Au pourtour de ces cicatrices, qui occupent le centre de ce placard, on note des éléments disposés en couronne irrégulière et constitués par des saillies arrondies, d'une apparence translucide, à sommet légèrement aplati et déprimé, formant une facette brillante aux incidences de lumière. Leurs dimensions varient de celles d'une grosse tête d'épingle à celle de 3 millimètres environ de diamètre dans tous les sens. Elles sont entourées d'une zone érythémateuse qui disparaît à la pression. La réunion de ces éléments forme la bordure plus surélevée que le centre qui limite la lésion.

Narine gauche. — Placard d'un rouge moins sombre ne formant pas une saillie très appréciable au-dessus des téguments et se continuant avec eux par sa périphérie, sans former de bourrelet, mais nettement limitée pourtant par son bord rouge qui tranche sur la teinte normale de la peau avoisinante.

Sur ce fond, on note, à la naissance du sillon naso-génien, un élément volumineux et arrondi, recouvert d'une croûte adhérente et qui semble de même nature que ceux que nous avons signalés à la lèvre supérieure ; il n'en diffère que par des dimensions plus consi-

dérables. Il est accompagné de trois autres éléments analogues, mais plus petits.

Le bourrelet labial est augmenté de volume dans son ensemble, formant au-dessus de la lèvre supérieure une saillie anormale : elle est fissurée par exagération de ses sillons normaux et recouverte d'une desquamation fine en certains points, plus large en d'autres, très adhérente, et qui s'arrête au niveau du point de contact de la lèvre supérieure avec l'inférieure.

Le diagnostic qui s'impose est celui de syphilis tuberculeuse, malgré l'analogie de certains points avec le lupus ; la netteté des antécédents de la malade (fausses-couches) est d'ailleurs un argument capital en faveur de la syphilis.

Traitement. Liqueur de van Swieten ; six cuillerées à café par jour iodure de potassium : 2 gr.

Etat des lésions le 19 mars 1903

La lésion s'est affaissée et la coloration rouge s'en est atténuée.

Elle apparaît maintenant d'une manière beaucoup plus nette, comme constituée par les éléments suivants ; au centre, une région cicatricielle d'une coloration violacée pâle, à la surface de laquelle se dessinent en blanc les tractus signalés plus haut. Dans cette région, l'épiderme est légèrement fissuré et strié. Tout autour les éléments précédemment décrits apparaissent plus nettement, avec leur zone érythémateuse, laquelle forme des arcades irrégulières limitant cette région suivant un contour polycyclique et le séparant d'une part de la région cicatricielle centrale plus pâle, d'autre part des téguments sains avoisinant. A droite, on relève un élément de même nature en dehors du placard central et isolé au milieu de la peau saine. Les croûtes ont presque totalement disparu.

En bas la présence de ces tubercules faisant bordure masque la ligne de démarcation nette par laquelle la muqueuse labiale se continue avec la peau. La lèvre présente toujours la même apparence de desquamation.

Sur la narine gauche, même placard érythémateux que précédemment, avec les mêmes tubercules qui paraissent encore plus nets.

La vitropression pratiquée aux différents points que nous venons d'étudier met en évidence les caractères suivants :

Au niveau de la zone centrale, les tractus cicatriciels se dessinent en blanc sur un fond violacé pâle ; ce fond vu de plus près est constitué par une nappe cicatricielle blanchâtre sur laquelle tranchent des points colorés qui semblent correspondre à de fines dilatations capillaires.

Au niveau de la zone périphérique la vitropression fait disparaître la zone érythémateuse qui entoure les tubercules ; mais elle met en évidence ces derniers éléments sous l'apparence des nodules jaunâtres qui rappellent la coloration sucre d'orge des nodules lupiques, mais avec une teinte jaune plus accentuée. La vitropression met encore en évidence ce fait déjà noté : l'absence de tubercules au centre, leur présence à la périphérie.

Même aspect au niveau de la narine gauche.

En somme, la lésion s'est améliorée considérablement sous l'influence du traitement qui a provoqué la chute des croûtes, l'affaïssement général, l'atténuation de la coloration.

Etat des lésions le 25 mai 1905

La lésion s'est encore affaïssée dans l'ensemble et la teinte est devenue plus pâle. La zone périphérique des tubercules a pris part aussi à la régression : elle n'est plus constituée que par une légère bordure. Maintenant la base de la lésion n'occupe plus que le tiers moyen de la lèvre supérieure, au lieu qu'avant elle en occupait toute l'étendue. Aux points envahis précédemment subsiste une teinte érythémateuse diffuse.

La lèvre a repris ses dimensions normales.

Sur la narine, deux tubercules ont entièrement disparu.

La malade a continué le même traitement : elle est revue dans le courant de juin ; la guérison est complète ; les tubercules ont tous disparu : seule subsiste une zone cicatricielle au-dessous du nez.

OBSERVATION XVII

Syphilide tuberculeuse du nez

S. X... 30 ans, ménagère.

C'est une femme qui est atteinte de syphilis depuis quatre ans : elle s'est soignée assez régulièrement ; néanmoins elle a eu des manifestations fréquentes de sa maladie et a présenté en différents points du corps des cicatrices de gommès.

Actuellement, elle se présente pour une lésion du nez et de la lèvre supérieure qui est la suivante : le nez dans son ensemble a une coloration rose jambonnée assez claire sur laquelle tranchent des éléments d'une couleur fauve plus foncée, répondant à des tubercules qui, à la vitropression, prennent une teinte sucre d'orge, mais plus foncée, moins translucide que dans les tubercules lupiques nets. En dehors de la narine droite et à la racine du nez existent deux gros tubercules au niveau desquels les téguments ont une teinte plus congestive, une coloration rouge jambonnée foncée. Sur la narine, existe une lésion en demi-cercle de 1 centimètre de rayon environ, dont la bordure est constituée par une rangée de tubercules saillants d'une teinte cuivrée, tandis que le centre est en voie de cicatrisation.

À l'orifice de la narine droite, on remarque une cicatrice arrondie, légèrement déprimée, reliquat d'une lésion antérieure.

Dans son ensemble, le nez augmente de volume, donne au doigt qui le palpe une sensation d'induration, d'infiltration profonde.

Au niveau du menton et au-dessus de la commissure gauche, on relève des tubercules analogues à ceux que nous avons décrits sur le nez.

Ces différents tubercules sont tous gros, saillants, faciles à sentir au toucher : ils sont recouverts par places de lamelles épidermiques qui desquamant ; ils ont une tendance marquée à se grouper suivant des segments de cercle.

La malade a guéri, sans incidents, au moyen de frictions mercurielles.

Si, dans les observations précédentes, le diagnostic était facilité par l'histoire de la malade, en voici une où

les commémoratifs de syphilis faisaient défaut : la maladie, totalement ignorée de la malade jusque là, semblait bien avoir été latente.

OBSERVATION XVIII *résumée*

Syphilides tuberculeuses de la face : gommès multiples des jambes
(personnelle)

Pauline B..., couturière, 25 ans.

C'est une malade n'ayant jamais eu ni enfant, ni fausse-couche, n'ayant présenté aucun des symptômes qui font penser habituellement à la syphilis, qui présente une lésion de la joue et de multiples lésions des jambes, remontant à un an environ.

À la face, c'est un placard situé à la racine du nez, au-dessous de l'œil droit, assez infiltré, à la surface duquel font saillie une vingtaine de tubercules de teinte fauve, recouverts d'une desquamation superficielle, mais disposés sans groupement systématique. Ces tubercules sont assez gros, et donnent à la vitropression l'apparence d'un infiltrat légèrement rougeâtre. L'ensemble de la lésion a la dimension d'une pièce de cinq francs.

Les jambes, des deux côtés, sont recouvertes de masses surélevées, infiltrées profondément, donnant une apparence de macarons, affaissées en leur centre où se voient des croûtes ; elles ont suppuré ; elles ont tous les caractères des gommès cutanées et donnent plutôt l'impression de gommès bacillaires que de gommès syphilitiques. La lésion de la joue est plutôt d'apparence syphilitique.

L'auscultation fait constater à l'un des sommets une diminution du murmure vésiculaire : la malade a eu des hémoptysies.

Le diagnostic étant légèrement hésitant, cette femme est mise au traitement spécifique : sous l'influence des injections intraveineuses, les lésions rétrocedent progressivement ; les gommès des jambes laissent à leur place des cicatrices pigmentées.

Ces différentes observations présentent un certain nombre de caractères communs qui nous permettent de dégager quelques éléments importants du diagnostic différentiel d'avec le lúpus.

1°) Ce qui nous frappe dans la syphilide lupoidé, c'est l'infiltration de l'ensemble de la lésion, qui est beaucoup plus accentuée généralement que dans le lupus ; mais ce n'est pas un caractère toujours facile à apprécier ; pourtant, lorsque le nez est le siège du mal, on constate assez aisément cette atteinte profonde, cette prise en masse de l'organe.

La bordure des tubercules affecte une disposition circinée générale que nous retrouvons dans presque toutes les observations précédentes ; en outre cette tendance à la circination se retrouve jusque dans le détail de la disposition de ces tubercules qui se groupent en suivant des segments de cercle, formant ainsi une série d'arcades à la périphérie. Cette circination dans la circination est tout à fait dans le plan de la syphilis.

Ces tubercules eux-mêmes ont des caractères particuliers : généralement gros, saillants, accessibles à la vue et à la palpation, ils ont une teinte rougeâtre plus foncée que ceux du lupus, lesquels sont plutôt jaunâtres : à la vitropression, ils se montrent constitués par un infiltrat moins translucide. Autre caractère dont il n'est pas fait mention chez les malades précités, mais qu'il sera aisé de rechercher dans les cas douteux : ils ne se laissent pas pénétrer aussi facilement par la pointe du scarificateur, et il y a là un indice de premier ordre pour ceux qui sont familiarisés avec la pratique des scarifications. Enfin ces tubercules sont souvent recouverts par un épiderme en desquamation, tandis que ceux du lupus sont généralement situés au-dessous d'un épiderme aminci. Cette desquamation constitue un signe déjà signalé par les anciens auteurs.

La zone centrale, circonscrite par la bordure, ne présente point de lésions en activité ; dans le lupus on

constate toujours des nodules lupiques plus ou moins nets en évolution au milieu de la cicatrice.

La rapidité du développement est en faveur de la syphilis ; généralement le lupus s'étend avec une lenteur très remarquable, sauf dans les cas où il s'agit de lupus vorax dont l'apparence clinique est toute particulière. Donc, si une lésion déjà considérable ne remonte qu'à quelques mois, on aura de ce fait un caractère majeur de lésion syphilitique ; mais on n'oubliera pas que la réciprocity n'est pas vraie et que l'ancienneté d'un infiltrat n'exclut nullement l'idée de la syphilis.

L'action du traitement suggère quelques remarques.

Parfois, il suffit d'un traitement par voie digestive ; d'autres manifestations plus tenaces réclament l'administration par injection ; mais du moment que le traitement agit, il agit d'une manière régulière, sans à-coup ; les lésions disparaissent moins vite à mesure qu'on avance — c'est la règle, nous le savons, — et jamais on n'observe cet arrêt absolu caractéristique des hybrides, ce qui écarte toute idée de lupus sous-jacent, dans les cas où on y avait pensé à un premier examen. Dans les cas mixtes, en effet, on arrive à un moment où le mercure a donné tout ce qu'il pouvait donner, et l'action du médicament s'arrête précisément à l'instant où l'apparence clinique a changé radicalement de caractère ; c'est une autre lésion qui fait place à la première ; dans les syphilides lupoïdes, au contraire, on assiste à une disparition progressive de l'infiltrat ; on n'observe de temps d'arrêt que si on a commencé par une méthode moins active, telle que la voie digestive ; dans ce cas on peut être obligé de recourir à des moyens plus énergiques, mais, sitôt qu'on les a employés, on voit la guérison continuer sa marche comme auparavant jusqu'à disparition totale.

CHAPITRE VI

Indices en faveur de l'hybridité

Le traitement mercuriel constitue la véritable pierre de touche de l'hybridité, mais, pour songer à l'appliquer, il faut avoir été mis sur la voie de ce diagnostic par des indices cliniques, et ce sont ces indices qu'il importe de préciser. Il ne peut être question de dégager un type d'hybride lupo-syphilitique, car il ne semble pas que l'on puisse le faire avec les seuls documents dont on dispose ; à supposer même que ce soit chose possible, une pareille étude serait prématurée, en raison du nombre restreint d'observations qui serviraient de base à cette forme morbide. Il est douteux d'ailleurs qu'elle soit jamais réalisée ; il suffit de songer aux difficultés que présente souvent dans la pratique le diagnostic entre les syphilides lupoides et le lupus, pour se rendre compte qu'il n'y a pas place pour une nouvelle entité clinique intermédiaire aux deux précédentes ; suivant toute vraisemblance, le traitement demeurera toujours seul juge de la question, et il serait téméraire de vouloir affirmer l'hybridité d'après le seul examen du malade ; mais cet examen peut permettre de la soupçonner, en fournissant des raisons de suspecter le diagnostic de lupus ou de syphilis, ces raisons constituant autant d'indices cliniques qu'il importe de mettre en lumière.

Toutes les fois que chez un malade porteur d'une affection étiquetée *lupus*, on retrouvera des commémoratifs de syphilis personnelle ou héréditaire, il faudra prescrire le traitement, car on sera en droit de supposer que la syphilis n'est pas étrangère à cette lésion. C'est ainsi que dans l'observation IV il a été possible de relever des probabilités, presque des certitudes d'antécédents spécifiques, en l'espèce des ulcérations de la gorge et du voile du palais soignées par l'iodure de potassium.

D'autres fois, c'est l'examen actuel du malade qui permettra de relever des stigmates de syphilis ou des manifestations en évolution sur d'autres points du corps. On se gardera de négliger l'examen du fond de l'œil; dans l'observation III ce sont les lésions du fond de l'œil jointes à celle de la gorge, qui ont fait mettre cette jeune fille au traitement mercuriel.

Dans le même ordre d'idées, toutes les fois qu'on soupçonnera la syphilis, il ne faudra jamais négliger l'examen de la muqueuse buccale. La langue surtout donnera des renseignements précieux, particulièrement chez les fumeurs. On trouvera souvent à cet examen une glossite *minima*, caractérisée par une légère infiltration de la muqueuse, qui est lisse et décapillée en certains points. C'est là un signe sur lequel M. Brocq insiste tout spécialement et qui constitue un argument capital en faveur de la syphilis.

L'examen de la lésion en elle même fournit souvent des indications précieuses; toutes les fois que le diagnostic de *lupus* ne s'en dégagera pas d'une façon certaine, il faudra la soumettre à l'épreuve du traitement; on verra bien alors si on a affaire à un *lupus* vrai d'apparence un peu anormale, ou à une syphilide lupoïde, ou à un cas mixte.

Quels seront donc ces éléments qui feront douter de l'existence du *lupus*. Ce sont justement tous les carac-

tères des syphilides tuberculeuses que nous avons étudiées plus haut ; ainsi dans l'observation III où la lésion ne datait que de 14 mois ; c'était un peu trop rapide pour un lupus seul ; les tubercules affectaient une disposition circinée ; l'infiltration du nez et de la lèvre était considérable ; autant de traits morbides qui ne sont pas dans l'apparence de la scrofulo-tuberculose cutanée.

D'autres fois, la question se pose autrement et les plus grandes probabilités sont en faveur de la syphilis ; c'est le cas dans l'observation IV ; mais alors c'est ce qu'il y aura de lupique dans l'apparence qui devra donner des doutes, dans le cas présent, la teinte beaucoup plus pâle des différentes lésions. D'ailleurs cette éventualité est beaucoup moins importante à envisager que la précédente ; car il y a beaucoup moins d'inconvénients en présence d'une hybridité à méconnaître le lupus que la syphilis ; ce qui est nécessaire, c'est que le malade soit mis au traitement mercuriel ; celui-ci se chargera bien de faire la part de ce qui revient au lupus et à la syphilis.

En somme, si on veut caractériser la physionomie essentiellement protéiforme des hybrides, on peut dire qu'on sera en droit d'en soupçonner l'existence toutes les fois qu'ayant à choisir entre un diagnostic de syphilide lupoïde et de lupus, on relèvera un certain désaccord entre le diagnostic le plus probable et certains caractères fournis par l'examen clinique.

Dans les cas où la lésion aura été franchement abordée comme une scrofulo-tuberculose cutanée, et si elle est traitée par la méthode de E. Vidal, on pourra avoir des raisons de suspecter le diagnostic porté, en raison de la sensation que donneront les tissus sous la lame du scarificateur : dans le lupus, elle pénètre avec une facilité absolument caractéristique ; dans la syphilide tubercu-

leuse elle rencontre une résistance plus grande, donne à la main qui la manie l'impression d'une dureté fibreuse. C'est là un signe sur lequel M. Brocq insiste et qui a une valeur très réelle, mais qui réclame un opérateur familiarisé avec l'emploi du scarificateur.

Dans quelques cas, ces différents signes réunis, groupés chez un même individu, pourront constituer à l'hybride une physionomie clinique assez spéciale : c'est le cas pour plusieurs des malades que j'ai pu étudier ; mais, lorsque ces signes sont séparés, il devient alors très difficile de soupçonner la syphilis dans la lésion que l'on vient de diagnostiquer lupus ; il est permis de penser que l'hybridité passera alors inaperçue ; les difficultés du traitement et les récives seront attribuées au lupus, les mécomptes thérapeutiques étant assez fréquents dans cette affection pour qu'ils ne suffisent pas à eux seuls à éveiller l'attention. Dès lors, on est autorisé à se demander si cette forme morbide n'est pas beaucoup plus fréquente que ne semble l'indiquer au premier abord le petit nombre des observations probantes rassemblées sur ce sujet. On arriverait d'ailleurs, suivant toute vraisemblance, à grouper un nombre plus imposant de faits, si on voulait étudier à ce point de vue, ainsi que j'ai pu le faire à l'hôpital Broca, tous les lupus qui se présentent à une consultation d'hôpital : à cet égard, il n'est pas inutile de faire remarquer que j'ai pu réunir personnellement près du double des observations connues jusqu'à ce jour, et cela dans un laps de temps inférieur à trois ans.

Et si vraiment cette hybridité, ainsi qu'il est permis de le supposer, constitue une forme relativement fréquente, ne peut-elle pas donner la clef de certaines améliorations de lupus attribuées au calomel ? Je ne fais pour l'instant que poser la question sans la résoudre, n'ayant pas d'ar-

guments positifs à donner à l'appui : c'est un chapitre de dermatologie qui est tout entier à refaire, en faisant table rase des documents anciens et en s'appuyant sur des observations plus complètes, moins sujettes à caution, que celles qui ont été apportées par les partisans de l'efficacité du calomel dans le lupus. Si cette étude était reprise avec plus de précision, avec un sens clinique plus averti, il n'est pas défendu de penser que les hybrides s'accroitraient d'une bonne part, je ne veux pas dire de la totalité des cas d'améliorations produites par le calomel dans des affections trop prématurément qualifiées de lupus. En même temps les cas de guérison avérée seraient vraisemblablement restitués à la syphilis.

Il n'est pas sans intérêt de se demander si ces hybrides ne nous donnent pas une explication satisfaisante de la théorie ancienne qui voulait faire de la syphilis l'origine première du lupus. Cette opinion qui se recommandait de noms illustres, qui avait pour elle l'appui d'observateurs sagaces, tels que E. Wilson, ne reposait-elle pas sur des faits cliniques bien vus, mais mal interprétés ? C'est l'idée qui vient à l'esprit en lisant l'observation III : si on n'a pas la conception d'une lésion mixte, force est bien, en présence de cette affection, qui, à certains égards, est du lupus, qui n'est certainement pas de la syphilide lupoïde, mais dont les relations avec la syphilis sont indubitables, d'admettre, comme on l'a fait, une « influence possible de la syphilis sur le développement du lupus, non pas qu'il s'agisse de syphilis lupoïde, mais peut-être d'un de ces accidents syphilitiques qui se produisent chez des individus en puissance de syphilis ou chez des descendants de syphilitiques (1). »

(1) LENGLET. — Art. Lupus in *La Pratique dermatologique*. Voir aussi E. BESNIER : le lupus et son traitement. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1880.

CHAPITRE VII

Pathogénie

Leloir se demandant quelle était la pathogénie de l'hybridité lupo-syphilitique chez la malade qu'il avait étudiée émettait les trois hypothèses suivantes :

« 1^o) On peut supposer que les tubercules syphilitiques de cette malade, ayant été exulcérés à une époque antérieure à celle de l'entrée de la malade dans ma clinique, furent inoculés par le pus qui s'écoulait des fistules consécutives aux gommes scrofulo-tuberculeuses préexistantes. Cette hypothèse est plausible, car l'on voit parfois des tubercules lupeux se développer au niveau de territoires tégumentaires arrosés par le pus s'écoulant d'une lésion tuberculeuse ou scrofulo-tuberculeuse. J'en ai pour ma part relaté de nombreux exemples dans mes leçons sur le lupus.

« 2^o) On peut supposer que chez cette malade, atteinte de scrofulo-tuberculose hypodermique et ganglionnaire, quelques-uns des bacilles renfermés dans un foyer scrofulo-tuberculeux ont été amenés par le système vasculaire sanguin et lymphatique dans un territoire cutané voisin chroniquement irrité, c'est-à-dire dans les tubercules syphilitiques.

« 3^o) Les tubercules lupeux ne préexistaient-ils pas aux

syphilômes? S'ils préexistaient, n'ont-ils pas joué le rôle de véritables épines irritatives appelant les syphilômes, d'après la loi formulée par Tarnowski pour d'autres causes d'irritations, dans ses belles recherches intitulées « irritation et syphilis ? »⁽¹⁾

« Toutes ces hypothèses sont plausibles; aucune ne peut être admise, d'une façon absolue à l'exclusion des autres ».

Sur la pathogénie des hybrides du moins, il ne m'est pas possible d'aller plus loin que Leloir et de répondre par des données certaines aux questions posées par cet auteur.

Si l'on se reporte, en effet, aux Observations II et V, on voit, que chez les deux malades qui en font l'objet, le lupus existait avant toute contagion syphilitique; donc la syphilide s'est sûrement développée sur le lupus, ce qui montre que cette lésion bacillaire a bien joué le rôle d'épine irritative, et en outre, pour que l'hybride se constitue, il a fallu que la syphilis fut arrivée à l'époque des manifestations tertiaires, car c'est plusieurs années après la contagion que le lupus a changé d'aspect. C'est d'ailleurs ce que montre l'observation rapportée plus haut où un lupus chez une malade récemment infectée n'avait présenté aucune modification de son apparence normale.

Cette pathogénie s'accorde pleinement avec tout ce que nous savons de la syphilis : il n'est peut-être pas d'affection, en effet, où soit plus manifeste le rôle des points de moindre résistance de l'organisme dans la détermination locale. Il est de notion courante que les plaques muqueuses buccales ne se développent pas chez ceux qui n'ont pas une alimentation irritante, qui ne fument pas, ne font pas d'excès d'alcool, ont une bonne dentition et prennent les soins de la bouche nécessaires. Quand on

les observera, c'est que l'une quelconque de ces conditions, n'aura pas été remplie. De même, les syphilides papulo-hypertrophiques vulvaires sont inconnues chez les femmes qui prennent des soins de toilette suffisants, à moins qu'elles n'aient des écoulements vaginaux ou utérins rendant inefficace la propreté la plus minutieuse.

On sait également que les affections de la peau peuvent commander des manifestations syphilitiques. Ce fait est particulièrement net en ce qui concerne les syphilides palmaires : celles-ci, à la période tertiaire, sont unilatérales, au contraire de ce qu'on observe à la période secondaire : mais s'il existe des séborrhéides ou du psoriasis des mêmes régions, on observera des syphilides palmaires bilatérales, bien que tertiaires, preuve évidente que la dermatose antérieure a été un point d'appel pour la production des lésions syphilitiques.

D'ailleurs ce qui est vrai pour la peau l'est également pour tout l'organisme. C'est presque une vérité banale en médecine qu'un alcoolique est infiniment plus exposé à avoir de la syphilis hépatique que celui qui ne fait aucun excès, qu'un individu qui fatigue sa moelle sera exposé au myélite syphilitique, tandis que celui qui fatigue son cerveau courra surtout des risques de syphilis cérébrale.

Si cette pathogénie est universellement adoptée pour les localisations de la syphilis, il n'est que logique d'attribuer la même origine aux hybrides lupo-syphilitiques.

Il est même permis de se demander si, dans cette association, il n'y a pas quelque chose de plus intime que dans toutes les autres. On sait quelle est l'analogie de structure du lupus et des syphilides tuberculeuses : ne peut-on pas émettre cette hypothèse que la similitude des lésions favorise leur intrication, qu'un terrain où les toxines tuberculeuses ont manifesté leur action, où elles ont

produit le tubercule bacillaire, réagira plus facilement dans le même sens sous l'impression des toxines sécrétées par le spirochète pallida pour donner lieu au tubercule syphilitique ?

Dès lors, si le rôle d'épine irritative joué par le lupus est démontré d'une manière absolue pour certains cas, il est légitime de se demander si tous les autres faits ne sont pas susceptibles de la même explication. Il me paraît, en effet, naturel d'admettre que même dans le cas où l'affection syphilitique a manifestement précédé toute lésion locale — en cas de syphilis héréditaire, par exemple — le développement du lupus a commandé celui de la syphilide.

A l'appui de cette manière de voir, l'action du traitement apporte un argument de tout premier ordre. Sous l'influence d'une série d'injections, le lupus devient manifeste ; mais, si on cesse tout traitement mercuriel, il va promptement perdre cette netteté de caractère, car l'hybride se reconstitue. L'explication de ce fait est aisée : une première période de traitement a eu raison de la syphilide, mais elle n'est pas suffisante contre la syphilis — l'organisme a encore tout un fond de réserve que la lésion lupique persistante va mettre en jeu. Aussi faut-il, en pareil cas, soigner la syphilis comme elle doit toujours être soignée, en dehors de toute manifestation locale.

En résumé, la pathogénie suivant laquelle le lupus a déterminé la localisation de la syphilis semble pouvoir expliquer tous les faits. Est-ce à dire qu'elle soit toujours la seule en cause ? Il serait téméraire de l'affirmer. M. Barthélemy se demande « si on ne peut pas supposer qu'une syphilide devienne tuberculeuse secondairement et que pour la peau comme pour le poulmon la syphilis prépare la tuberculose. » C'est également l'opinion soutenue par Husson. Peut-être y a-t-il, en effet, des cas où

le lupus s'est développé sur une syphilide préexistante, suivant l'un des deux mécanismes indiqués par Leloir. La chose est peut-être assez difficile à prouver, et vraisemblablement les faits qu'on expliquera de cette manière pourraient être interprétés d'après la pathogénie inverse, laquelle a du moins l'avantage d'avoir pour elle des faits incontestables.

Lorsque le lupus, en effet, est antérieur à la contagion syphilitique, il est évident que c'est sur lui que s'est développée la syphilide; mais, lorsque la syphilis est antérieure au lupus, il ne s'ensuit pas que le lupus se soit développé sur une syphilide préexistante. Tout ce que l'on peut admettre en pareil cas, c'est que la syphilis en tant que maladie *totius substantiæ* a favorisé l'apparition du lupus; quelques auteurs ont cru en observer des exemples, mais ici nous sommes en pleine hypothèse et elle ne cadre guère avec la fréquence de la syphilis et la rareté du lupus.

Cependant, à titre d'indication, je donnerai l'observation suivante qui, peut-être, constitue un exemple de ce mode d'infection, bien qu'elle ne doive pas être considérée comme pleinement démonstrative.

OBSERVATION XIX, *résumée*

*Lupus et tuberculide papulo-nécrotique développés sur fond
de syphilis
(personnelle)*

Des antécédents de la malade une seule chose à retenir, c'est que, mariée il y a 20 ans, elle a eu un enfant mort-né et une fausse-couche.

Les accidents actuels remontent à 1895. Ils ont débuté par la

production de croûtes dans le nez pour lesquelles la malade a consulté le docteur Lubet-Barbon : celui-ci a prescrit un traitement local et lui a administré à l'intérieur du sirop de Gibert. Il lui a également fait appliquer de l'emplâtre de Vigo sur les lésions des jambes qui s'étaient produites à la même époque. Celles-ci se sont cicatrisées au bout de trois semaines. En même temps les lésions du nez disparaissaient complètement et la malade se croyait guérie d'une manière définitive.

Au bout de 18 mois, réapparition des mêmes lésions : la malade se fait soigner par un autre médecin qui prescrit l'application d'emplâtre de Vigo sur le nez et administre de l'iodure de potassium. Ce traitement, suivi pendant un mois, amène la guérison complète.

La guérison dure un an environ, puis les mêmes accidents réapparaissent : le même traitement que précédemment ne donne aucun résultat. Le médecin la met alors aux pilules de Dupuytren : la malade en prend pendant 15 jours, a de la stomatite et cesse cette médication. L'amélioration avait été nette. Elle reçoit ensuite une piqure de calomel : elle a encore de la stomatite, souffre beaucoup, va consulter un autre médecin qui la soigne *intus et extra* comme pour une affection tuberculeuse : Aucune amélioration ; au contraire la lésion gagne la joue.

Entre temps la malade a présenté des ulcérations de la jambe qui ont été guéries par des applications d'emplâtre de Vigo.

La lésion affecte la disposition en papillon sur le nez, la lèvre supérieure et les deux joues.

Elle est faite d'éléments ainsi constitués : ce sont des papules de deux millimètres environ de diamètre, peu congestives, peu surélevées portant à leur centre un point pauvre, peu marqué, sur lequel passe l'épiderme, ou une dépression qui correspond à une croûte couvrant une exulcération peu déprimée à fond rouge assez atone, peu granuleux et peu suintant. La confluence de ces lésions élémentaires forme de petites nappes surélevées, de couleur rosée, assez fortement infiltrées, à bords irréguliers et mal limités. Ces taches sont très congestives et le pouls capillaire y est très manifeste quand on les comprime légèrement avec une plaque de

verre. La même vitropression montre des nodules demi-transparents, rappelant d'assez près les nodules lupiques, mais paraissant cependant beaucoup plus superficiels. Toutes les lésions des joues sont faites de cette congestion uniforme sur laquelle tranchaient : 1^o) des exulcérations irrégulières, faiblement excavées, à bords en pente, peu suintantes, à fond légèrement sanieux ; 2^o) des ulcérations de même nature, dont le fond est couvert d'un enduit blanchâtre jaunâtre sur lequel passe l'épiderme quand elles sont très petites : ce sont de véritables foyers de nécrose superficielle. Dans les points où ces foyers de nécrose sont très confluents, comme à l'extrémité du nez, la surface est entaillée déchiquetée, paraît bourgeonner irrégulièrement comme dans le lupus exedens ; les bourgeons exubérants en apparence, sont seulement des parties du territoire infiltré qui s'élèvent entre les parties nécrosées et qui ont subi une infiltration exagérant leur disposition mamelonnée.

En quelques points, tranchant sur le fond rouge, apparaissent des nappes demi-transparentes, visibles surtout par vitropression et qui rappellent les nappes lupiques sous-épidermiques de certains lupus superficiels.

Albuminurie considérable : 8 gr. d'albumine à son entrée à l'hôpital.

D'abord mise au régime lacté, cette malade voit son état général et local rester stationnaire : on institue ensuite le traitement mercuriel en raison des antécédents si nets ; mais les injections intraveineuses de cyanure, sans augmenter d'ailleurs l'albuminurie, semblent ne donner aucun résultat.

Des applications locales améliorent les lésions de la face : ensuite elles sont soumises à la radiothérapie qui ne paraît pas agir d'une manière beaucoup plus active.

La malade quitte l'hôpital : elle meurt au bout de quelques mois dans une crise d'urémie.

Dans la guérison si nette des premières atteintes par le traitement mercuriel, et devant son inefficacité à la période où cette femme est venue se faire soigner à Broca, il est légitime de se demander si une lésion syphi-

litique n'a pas été la porte d'entrée du bacille tuberculeux : mais il est difficile de l'affirmer ; ce qui est certain, c'est qu'une manifestation syphilitique a été remplacée par une manifestation assez spéciale au point de vue clinique : à certains égards c'était du lupus, à d'autres des tuberculides papulo-nécrotiques : à ce point de vue, cette observation est un fait de passage entre diverses affections d'origine tuberculeuse.

CHAPITRE VIII

Traitement

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur le traitement des hybrides : il est celui des deux affections qui les constituent. Mais un point mérite d'être mis en lumière, c'est qu'il est absolument indispensable de mener de front les deux médications.

Sans doute le mercure à lui seul peut donner une amélioration considérable, en dépouillant momentanément la lésion de l'élément syphilitique, et, dans la pratique, c'est toujours ainsi qu'il faudra commencer pour acquérir la certitude d'une forme mixte ; mais, quand le traitement spécifique aura épuisé son action, il faudra bien se garder de croire qu'on peut se contenter du traitement du lupus seul ; celui-ci, en effet, échouerait, car il ne tarderait pas à se faire de nouvelles poussées autour de cette espèce d'irritation. Il faut donc continuer la médication mercurielle en l'instituant par périodes régulières : de la sorte, on se mettra à l'abri des récidives syphilitiques au siège du mal ; le lupus subsistera à l'état pur ; on n'aura plus qu'à l'attaquer par les moyens appropriés.

Le traitement mercuriel en lui-même ne présente pas d'indications particulières du fait de l'hybridité : il sera

celui des syphilides tuberculeuses tenaces, c'est-à-dire que les injections de sels mercuriels y trouveront une indication toute particulière. J'ai dit pourquoi je donnais la préférence aux sels solubles sur les sels insolubles.

La méthode intraveineuse me paraît tout particulièrement recommandable : s'il m'est permis de faire appel à mon expérience personnelle, elle m'a toujours paru plus efficace que l'injection intra-fessière ; elle a encore sur cette dernière l'avantage de n'être pas douloureuse, de ne pas produire d'induration : elle est facilement acceptée des malades ; c'est un procédé à la fois élégant et sûr.

L'iodure de potassium devra être associé au mercure toutes les fois que les malades le supporteront bien. Je dois dire que, dans deux cas, il n'a pu être continué : je ne sais pas si on doit attribuer cette susceptibilité particulière aux lésions lupiques de la muqueuse pituitaire.

Je ne dirais rien du traitement du lupus, si tous les malades dont j'ai relaté l'observation ne présentaient cette commune particularité d'avoir été soignés par M. Brocq, au moyen de la méthode des scarifications. Il n'est pas sans intérêt, à une époque où la vogue de la photothérapie semble à son apogée, d'appeler l'attention sur les résultats magnifiques ainsi obtenus, au prix d'une séance hebdomadaire extrêmement courte, dont la douleur en raison de sa brièveté même n'est guère plus pénible que la douleur moins aiguë, mais beaucoup plus prolongée d'une séance de photothérapie efficace, c'est-à-dire faite avec une compression énergique.

CONCLUSIONS

De ce travail, il semble que les conclusions suivantes puissent se dégager avec certitude :

1^o) Il existe, comme l'a bien montré Leloir, une forme morbide constituée par l'association du lupus et de la syphilis.

2^o) Le traitement mercuriel permet de différencier cette hybridité lupo-syphilitique du lupus chez les syphilitiques et de certaines formes de syphilides tuberculeuses, car il n'influence pas la lésion locale dans le premier cas et la guérit totalement dans le second : si au contraire on a affaire à une forme mixte, il détermine une amélioration marquée qui cesse au moment où l'infiltrat a pris l'apparence clinique du lupus typique.

3^o) Le critérium thérapeutique ainsi invoqué conserve toute sa valeur, à condition de n'employer que des injections de sels solubles et que la rapidité d'action du médicament lui conserve son caractère de spécificité.

4^o) Ces conditions exigées pour conserver au mercure sa valeur de traitement d'épreuve résultent de l'incertitude même des travaux qui tendent à attribuer au calomel

des améliorations et même des guérisons de lupus. Dans l'état actuel de la science, de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider cette importante question de thérapeutique, mais, à supposer qu'elles confirment l'action du calomel dans la scrofulo-tuberculose cutanée, la réserve ainsi formulée conserve au traitement antisypilitique toute sa valeur diagnostique.

Vu :

Le Président de la Thèse :
DIEULAFOY.

Vu :

Le Doyen :
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSELBERGS. — Action des injections de calomel dans le lupus. *Presse médicale belge*, 1897, n° 29. *Annales de dermatologie*. T. IX, 1899.
- AUGAGNEUR. — Valeur du traitement d'épreuve dans les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques. *Société chirurgicale*, Lyon, 1898.
- AUSPITZ. — Ueber lupus syphiliticus und scrofulosus. (*Wiener Med. Presse*, 1878, n° 3).
- BULLETIN de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 10 juin 1896, 20 mai 1897, 10 juillet 1898.
- CABROL. — Contribution à l'étude du traitement du lupus par les préparations mercurielles et en particulier par les injections de calomel. Th. de Montpellier, 1899.
- CAZENAVE. — Leçons sur les maladies de la peau. Paris, 1876.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1838.
- CHARMEIL. — Traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intramusculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur. *Écho médical du Nord*, 18 juillet 1898.
- CHAUVET. — Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris, 1853.
- CREUTZER. — Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'iodure, et en particulier par les injections d'huile grise. Th. de Lille, 1898.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau. Paris, 1834 et éditions successives.
- HUSSON. — Th. de Paris, 1899-1900.

GUIBOUT.,— Leçons cliniques sur les maladies de la peau. Paris, 1876.

KAPOSI. — Ueber den sogenannten. Lupus syphiliticus (*Wiener Med. Wochenschrift*, 1877, n° 50 à 52).

LANG. — Lupus, Syphilis und Flächenkrebs (*Wiener Med. Presse*, 1878, p. 225).

LEFÈVRE (A.). — Contributions à l'étude de la syphilis chez les scrofuleux. Th. de Paris, 1881-1882.

LELOIR. — Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses. 1891.

LUGOL. — Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses. Paris, 1844.

MAQUEREL (A.-F.). — Du diagnostic différentiel des ulcères de la face Th. de Paris, 1872.

MEYER. — De la valeur thérapeutique des injections de sels de mercure dans le lupus et la lèpre. Montpellier, 1904.

PAVIE. — Action curative du calomel dans la tuberculose cutanée Th. de Paris, 1897.

SCARENZIO (A.). — Giornale italiano delle malattie venerei e della pelle (1898). Valeur diagnostique des injections intra musculaires de calomel.

TRUFFI (Mario). — La cura delle lupus colle iniezioni de calomelano. *Gazette lombarda*, 1877.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction.....	1
CHAPITRE II. — Historique.....	5
RICORD.....	6
LELOIR.....	8
LEFÈVRE.....	9
DEVERGIE.....	10
CAZENAVE.....	13
BAZIN.....	15
CHAPITRE III. — Observations d'hybrides luposyphilitiques.....	20
OBSERVATION I. — <i>Hybride de syphilis et de lupus</i>	20
OBSERVATION II. — <i>Lupus ancien cicatrisé. Syphilide tuberculo-croûteuse développée sur une cicatrice</i>	25
OBSERVATION III. — <i>Hybride de syphilis et de lupus</i>	27
OBSERVATION IV. — <i>Hybride de syphilis et de lupus</i>	35
OBSERVATION V. — <i>Hybride luposyphilitique de la joue coïncidant avec une glossite scléro-gommeuse de la langue</i>	38
OBSERVATION VI. — <i>Hybride de syphilis héréditaire et de lupus</i>	41
OBSERVATION VII. — <i>Lupus du nez et syphilis ignorée</i> ...	43

CHAPITRE IV. — Le mercure peut-il guérir le <i>lupus</i> ?...	52
OBSERVATION VIII. — <i>Traitement mercuriel du lupus</i>	63
OBSERVATION IX. — <i>Traitement mercuriel du lupus</i>	64
OBSERVATION X. — <i>Traitement mercuriel du lupus</i>	65
OBSERVATION XI. — <i>Traitement mercuriel du lupus</i>	65
OBSERVATION XII. — <i>Vaste lupus occupant presque toute la face, ayant atteint les deux ailes du nez</i>	66
OBSERVATION XIII. — <i>Lupus traité par le cyanure de mercure</i>	67
OBSERVATION XIV. — <i>Syphilides secondaires et lupus</i> ...	70
OBSERVATION XV. — <i>Scrofulo-tuberculose de la face et du cou. Syphilis héréditaire</i>	71
CHAPITRE V. — Différenciation des hybrides <i>luposyphilitiques</i> et des <i>syphilides tuberculeuses</i>	76
OBSERVATION XVI. — <i>Syphilide lupiforme du nez et de la lèvre supérieure</i>	77
OBSERVATION XVII. — <i>Syphilide tuberculeuse du nez</i>	80
OBSERVATION XVIII. — <i>Syphilides tuberculeuses de la face; gommes multiples des jambes</i>	82
CHAPITRE VI. — Indices en faveur de l'hybridité.....	85
CHAPITRE VII. — Pathogénie.....	90
OBSERVATION XIX. — <i>Lupus et tuberculide papulo-nécrotique développés sur fond de syphilis</i>	94
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	98
CONCLUSIONS	100
BIBLIOGRAPHIE.....	102

SENS. — Société Nouvelle de l'Imprimerie MIRIAM, 1, rue de la Bertauche.

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

